



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

Doctorado en Patología Existencial e Intervención en Crisis



**ESTRÉS Y SU RELACIÓN ETIOPATOGENICA
CON LA ESTOMATITIS AFTOSA RECURRENTE**

TESIS DOCTORAL

Autora: Odontóloga Lisbeth Susana Ruiz Armas (M.Sc.)
Director de Tesis: Dr. José Luis González de Rivera

Valencia, Venezuela 2010



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA
DOCTORADO DE PATOLOGÍA EXISTENCIAL
E INTERVENCIÓN EN CRISIS

José Luis González de Rivera y Revuelta
Doctor en Medicina

Certifica que:

Dña. Lisbeth Susana Ruiz Armas ha realizado la Tesis Doctoral: **ESTRÉS Y SU RELACIÓN ETIOPATOGÉNICA CON LA ESTOMATITIS AFTOSA RECURRENTE**, bajo mi dirección, considerando que reúne los méritos suficientes de calidad y originalidad para optar al grado de Doctor.

Y para que conste y surta los efectos oportunos, expido el presente Certificado en Madrid a 20 de octubre de 2010.

Prof. Doctor
José Luis González de Rivera y Revuelta



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA
Doctorado en Patología Existencial e Intervención en Crisis

**ESTRÉS Y SU RELACIÓN ETIOPATOGENICA
CON LA ESTOMATITIS AFTOSA RECURRENTE**

Autora: Prof. Lisbeth S. Ruiz A.
Director de tesis: Dr. José Luis
González de Rivera y Revuelta.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo general: generar una teoría sobre la vinculación del Estrés con la Estomatitis Aftosa Recurrente en los pacientes que acudieron a la consulta de Patología Bucal en la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, entre junio 2008 a mayo 2010. Tuvo 2 momentos un enfoque Cualitativo sobre la base de un diseño de Estudio de casos, con una muestra de 10 pacientes con EAR. Y un momento Cuantitativo (Empírico Analítico) Descriptivo-Transeccional con una muestra de 80 pacientes con EAR. Los datos fueron analizados por paquete estadístico SPSS (Paquete Estadístico para las ciencias sociales). Objetivos específicos: se distribuyeron los pacientes a estudiar por género y edad, se categorizó el tipo de EAR, Se estableció vinculación entre niveles de cortisol en saliva y la EAR, se Determinó la correlación entre los test de: "Índice de Reactividad al Estrés", "Índice de Eventos de Vida" y el cuestionario SCL-90-R y la EAR. Se realizó un análisis Cualitativo (del cual afloran concomitantes) y Cuantitativo de los datos. Se realizó una Triangulación entre los momentos Cualitativo y Cuantitativo. Se concluye: que la EAR tiene relación etiopatogénica con el estrés y se recomienda: profundizar en el tema, investigaciones cuantitativas y un protocolo de tratamiento que incluya evaluación de trastornos emocionales, culturales, sociales, calidad de vida.

Palabras claves: Estomatitis Aftosa Recurrente, estrés, cortisol.



AUTONOMOUS UNIVERSITY OF MADRID
FACULTY OF MEDICINE
DEPARTMENT OF PSYCHIATRY
Doctorate Existential Pathology and Crisis Intervention

**STRESS AND ITS RELATIONSHIP ETIOPATHOGENIC
WITH RECURRENT APHTHOUS STOMATITIS**

Author: Prof. Lisbeth S. Ruiz A.
Director of thesis: Dr. José Luis
González de Rivera y Revuelta.

ABSTRAC

This research work had as general objective: to generate a theory linking stress with recurrent aphthous stomatitis in patients who attended the outpatient Oral Pathology, Faculty of Dentistry, University of Carabobo, from June 2008 to May 2010. Had 2 times a qualitative approach based on a case study design, with a sample of 10 patients with RAS. And a moment Quantitative (Empirical Analytical) Description-transactional with a sample of 80 patients with RAS. The data were analyzed by SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Specific Objectives were distributed to study patients by gender and age, categorized the type of RAS, was established link between levels of cortisol in saliva and RAS, we determined the correlation between the test: "Index of Reactivity to Stress" "Life Events Index" and the questionnaire SCL-90-R and RAS. Qualitative analysis was performed (which emerge concurrent) and Quantitative data. Triangulation was performed between times, It was concluded that the RAS has etiopathogenic relationship with stress and recommends: deeper into the subject, quantitative research and a treatment protocol that includes assessment of emotional, cultural, social, and quality of life.

Keywords: Recurrents Aphtous Stomatitis, Estrés, cortisol.

DEDICATORIA:

- A Dios y su Santísima Madre
- A mi esposo e hijos por su apoyo incondicional
- A mis padres por su inquebrantable tesón, ejemplo de sacrificio, fortaleza, constancia y dedicación
- A los pacientes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo

AGRADECIMIENTOS:

- Le doy gracias a DIOS, por permitirme llegar hasta este importante peldaño de mi vida profesional
- Al Director de curso de Doctorado Profesor José María Poveda de la Universidad Autónoma de Madrid por su permanente dedicación a convertir en una realidad nuestro sueño de ser Doctores.
- A mi director de tesis José Luis González de Rivera y Revuelta por trasmitirme sus conocimientos hacia esta especialidad, brindarme su amistad y apoyo.
- A Jesús Poveda por haber realizado la supervisión académica, pertinente a la preparación del DEA y la Tesis Doctoral.
- A Manolo Martínez B por su ayuda incondicional.
- A todos los compañeros y profesores de este doctorado, con los que conviví y aprendí muchas cosas.
- A todas las personas que de una u otra manera estuvieron junto a mí en este hermoso emprendimiento especialmente a mi esposo Miguel Ángel.

ÍNDICE GENERAL

	PAG
RESUMEN	3
ABSTRAC	4
DEDICATORIA	5
AGRADECIMIENTOS	6
ÍNDICE DE TABLAS	8
ÍNDICE DE GRÁFICOS	8
LISTA DE ANEXOS	8
INTRODUCCIÓN	9
 CAPITULO I	
PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN	
Planteamiento y Formulación del Problema	12
Objetivos de la Investigación	17
Objetivo General	
Objetivos Específicos	
Justificación	18
 CAPITULO II	
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	
Visión Diacrónica	22
Puesta al Día del tema	33
Estomatitis aftosa recurrente	33
Estrés	42
Acontecimientos vitales	49
Catecolaminas y Estrés	55
Psiconeuroinmunología	60
Sistemas de Hipótesis	67
 CAPITULO III	
DIMENSIÓN METODOLÓGICA	
Tipo y Diseño	68
Población y Muestra	69
Criterios de inclusión y exclusión	70
Material y Métodos	71
Técnicas de Recolección de Datos	72
 CAPITULO IV RESULTADOS	
ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS DATOS	
Resultados	75
Discusión	121
ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LOS DATOS	
Resultados	130
Discusión	136
TRIANGULACIÓN	142

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
Teoría o Conclusión	145
Recomendaciones	147
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	149
ANEXOS	159

ÍNDICE DE TABLAS

Nº

- 1 Hallazgos Clínicos de Antecedentes Personales. CONCOMITANTES.
- 2 Cortisol en Saliva- Índice de Reactividad al Estrés-Índice de Eventos de Vida
- 3 Dimensiones Sintomáticas
- 4 Estadísticos Descriptivos: IRE- TEST DE HOLMES- SCL-90-R.
- 5 Correlaciones sobre los Índices de Reactividad al Estrés
- 6 Correlación sobre los Síntomas psiquiátricos
- 7 Correlaciones sobre Índice de Reactividad al Estrés- Índice de Eventos de Vida (Test de Holmes) y Síntomas Psiquiátricos.

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Nº

- 1 Índice de Reactividad al Estrés
- 2 Cuestionario de los 90 Síntomas SCL-90-R

LISTA DE ANEXOS

Nº

- 1 Consentimiento Previa Información para el estudio de relación entre Estrés y su relación Etiopatogénica con la Estomatítis Aftosa Recurrente.
- 2 Historia Clínica
- 3 Test de "Índice de Reactividad al Estrés"
- 4 Test de "Índice de Eventos de Vida"
- 5 Cuestionario SCL-90 R
- 6 Foto De EAR Menor- EAR Mayor- EAR Herpetiforme

INTRODUCCIÓN

“la boca es el espejo que refleja el estado de salud de todo el organismo”
Sir. Willian Osler “EL PADRE DE LA MEDICINA MODERNA”

La Patología Bucal es la rama de la odontología que se encarga del estudio de las lesiones propias de la cavidad bucal y las manifestaciones bucales de las enfermedades sistémicas. Esta especialidad comprende un sin número de lesiones y manifestaciones clínicas que presentan diferentes localizaciones, tamaños, formas y colores, Espinosa y col (2003).

Tal y como sostiene Neville (1995) “Como consecuencia de los numerosos factores locales y sistémicos que afectan a las mucosas orales, en esta localización anatómica se encuentra un amplio espectro de lesiones hamartomatosas, reactivas, inflamatorias, autoinmunes, hemorrágicas, infecciosas, pigmentarias y neoplásicas, de origen epitelial y conjuntivo”.

El estudio y aprendizaje de la inmensa variedad de patologías que afectan a la cavidad bucal, requerirá de un tiempo que no se podría estimar.

La Estomatitis Aftosa Recurrente (EAR) desde la antigüedad se considera una enfermedad, cuya prevalencia se observa en casi todas las edades, en diferentes clases sociales, razas, sexo; en suma, es una lesión que se registra mundialmente y sus causas en la actualidad, no están del todo definidas, por lo que se considera multifactorial la presencia de estas lesiones en boca, Reichart (2000).

Los investigadores han señalado que la alteración de la condición emocional (estrés) está muy relacionada con la inmunidad, la cual disminuye,

desencadenando procesos patológicos diversos, entre ellos, la presencia de lesiones aftosas recurrentes, Lazarde (2000).

En torno a estos elementos señalados, Rivera, Luis De (2006). Precisa, que el ser humano está dotado, de mecanismos reguladores de tipo nervioso, endocrino, inmunológico y psicológico que trabajan de manera integrada para que el organismo funcione adecuadamente frente a las exigencias de sus necesidades e impulsos psíquicos y biológicos. A este conjunto de procesos reguladores y programas de desarrollo, este autor lo llama PSICOSOMA, así, ello se soporta en la afirmación siguiente: no hay diferencia sustancial entre los aspectos biológicos y psicológicos, sino que son manifestaciones distintas de una misma unidad humana.

Un dato que apoya lo señalado es que, este psicosoma está en relación directa con el medio ambiente, al que influye y por el es influido de manera interactiva y constante. También advierte Rivera, Luis De (2006) que el ambiente no solamente plantea exigencias de adaptación al psicosoma (de allí las reacciones de estrés), sino que además aporta nutrientes, estructuras y programas que permiten su mantenimiento y alientan su desarrollo.

Finalmente, Rodríguez (1992) opina que la investigación científica tiene como producto el conocimiento y en este caso tiene como objeto la salud. Hay que investigar activamente para resolver los problemas sociales y de salud latinoamericanos. Agrega el autor que al seguir aplicando teorías importadas para la resolución de los mismos, surge el estancamiento.

La disertación antes planteada fue la motivación de este trabajo, en el que se seleccionó una muestra de pacientes con EAR, se estableció la vinculación entre los niveles de cortisol en saliva en estos. Se investigó "índice de eventos de vida, índice de reactividad al estrés, síntomas psiquiátricos y la influencia de estos factores como desencadenantes de este proceso patológico.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La estomatitis aftosa recurrente (EAR) es una enfermedad frecuente en humanos que dentro de las afecciones de la cavidad oral, es la más frecuente en los tejidos blandos de las mucosas. Afecta, aproximadamente, entre 15% a 20% de la población mundial. Aparentemente la EAR es más notoria en Norteamérica, que en el resto del mundo, allí algunos grupos socioeconómicos presentan incidencias de casi un 40%, SAPP (1998).

En este sentido los reportes mundiales realizados por la Sociedad Peruana de Dermatología - Edición Especial - Septiembre 2000) en Perú, sostienen que la EAR afecta al 20% de la población en general, con un predominio neto de 2/1 de las mujeres respecto a los hombres, con una edad media de 33 años prevaleciendo en la edad escolar, en la segunda década de la vida hasta en un 50%. Su aparición es creciente en intensidad de brotes entre la tercera y cuarta década de la vida, para luego disminuir, Jiménez y col (2001).

En referencia al contexto venezolano en un estudio de prevalencia realizado en el Área de Patología Bucal de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, desde el año 1991 hasta el 2003 se obtuvo como resultado que: Dentro de las enfermedades de etiología inmunológica, la estomatitis aftosa recurrente era la enfermedad de mayor frecuencia con un porcentaje de un

53,52% en un total de 152 casos de enfermedades de etiología inmunológica. Ruiz-Vielma (2005).

Esta enfermedad inflamatoria crónica, se caracteriza clínicamente por la presencia de ulceraciones recurrentes y dolorosas de la mucosa bucal. La lesión se presenta con un cierto número de características clínicas constantes, aunque se describen formas particulares de las mismas (Afta Mayor, Afta Menor, úlcera oral Herpetiforme Miret, O. (1979). Miret, M. (1997).

En cuanto al agente etiológico de la enfermedad, hasta la actualidad, no se atribuye ningún agente etiológico específico, pero se reportan determinadas situaciones que pueden derivar hacia la EAR, Estos factores asociados a la EAR son denominados agentes desencadenantes, los mismos son: Agentes Psicológicos: estrés, ansiedad, depresión. Agentes Alimentarios: cítricos. Agentes Traumáticos locales. Agentes carenciales. Agentes endocrinológicos: fase premenstrual, diabetes mellitus, etc. Agentes relacionados con la histopatología como la disminución de la hiperqueratinización de la mucosa oral por cese del tabaquismo. Agentes infecciosos: bacterianos, virales y micóticos, entre otros, los cuales están más relacionados con la sobre infección y el mantenimiento de las aftas previamente establecidas. Revista Cubana De Estomatología, (1997), Gorlin-Goldman (1984).

Al respecto la comunidad científica ha estado reportando alta correlación entre factores psicológicos y desequilibrios sistémicos, En este mismo sentido, desde hace 20 años, muchos estudios han considerado la relación entre el estrés laboral y una variedad de enfermedades, alteraciones de humor y de sueño,

dolor de cabeza y relaciones alteradas con familia y amigos son síntomas de problemas relacionados con el estrés que se ven comúnmente reflejados en estas investigaciones Neville, B y col. (1995).

Estas señales precoces de estrés laboral son fácilmente reconocibles, y se describen asociados con desequilibrios sistémicos. Pero los efectos del estrés laboral en enfermedades crónicas particulares, son más difíciles de diagnosticar, ya que estas enfermedades requieren un largo período de desarrollo y pueden ser influidas por muchos factores aparte del estrés. Sin embargo, gran número de evidencias sugieren que el estrés laboral tiene un papel preponderante en varios tipos de problemas crónicos de salud, particularmente en las enfermedades cardiovasculares, las afecciones inmunológicas, las afecciones psicológicas y en enfermedades como le Estomatitis Aftosa Recurrente, (Calatrava, (2002).

Además de lo anterior, es importante complementar, explicando algo sobre las crisis personales; Estas son producidas por los cambios, los acontecimientos vitales, y el estrés, entre otros, este término es complejo, ahora bien: Lo podríamos definir como una condición inestable, que se presenta en el curso de un proceso, y cuya forma de resolución condiciona y modula la continuidad del mismo, podríamos también decir que se trata siempre de un cambio para el que no estamos preparados, porque si lo estuviéramos, no sería una crisis, el factor sorpresa las caracteriza, Rivera, Luis De (2006).

Cabe agregar que estas crisis pueden ser: Crisis internas, cuando somos nosotros mismos la causa de una ruptura vital Y Crisis Externas, cuando vienen impuestas por el entorno; Se puede decir que las crisis personales raramente son estrictamente individuales, sino que con frecuencia se engloban en crisis que afectan a mucha más gente Rivera, Luis De (2006).

En tal sentido; Estas que son llamadas Macrocrisis, que pueden ser: Bruscas y Repentinias, como por ejemplo las catástrofes; O Lentas y Progresivas, como las relacionadas con el deterioro económico o con la incompetencia gubernamental. Seguidamente en todos estos casos se produce una atmósfera emocional colectiva de Anomia en la que todo parece carecer de sentido, luego los juicios sobre bondad o maldad de las acciones van perdiendo unanimidad, y el consenso social requiere cada vez más esfuerzo y sacrificio. (ob.cit).

Por otra parte es sabido que, cuando una colectividad se encuentra en estado de Anomia, se disparan en ella las estadísticas de criminalidad, suicidio y divorcio.

De todo lo dicho anteriormente se desprende la siguiente reflexión: Que aunque esta investigación no fue un análisis socio-económico o socio-político de la población sino la búsqueda de la etiopatogenia de una enfermedad, lo expuesto anteriormente es un Arquetipo de nuestra situación actual, de la cual fue seleccionada la muestra, objeto de estudio.

En referencia al tema central de esta investigación, hasta el momento algunos trabajos realizados sobre la etiopatogenia de la EAR han arrojado que esta

enfermedad, podría ser de etiología inmunológica pero también otros autores sostienen que existen factores que desencadenan este proceso y atribuyen como posible causa de EAR al estrés.

Aunque esta presunción no es nada nueva, ya que está sustentada por numerosas observaciones, desde hace mucho tiempo; La relación entre factores psicológicos, modificaciones del entorno y aparición de enfermedades somáticas son un triángulo inseparable que se presenta con mucha frecuencia en la sociedad moderna de hoy sometida a las presiones cotidianas caracterizadas por una vida agitada con carreras contra reloj día a día.

Al respecto, derivado de la argumentación anterior, se conjetura una posible relación entre el estrés y la EAR lo cual conduce a las preguntas de investigación:

¿Hasta qué punto está involucrado o no el estrés como factor desencadenante de la EAR?

¿Qué componente del estrés conlleva al desarrollo de este complejo proceso inmunológico?

¿En qué magnitud existe una relación etiopatogénica entre el estrés y la EAR?

OBJETIVOS

Objetivo General

- Generar una teoría sobre la vinculación del Estrés con la Estomatitis Aftosa Recurrente.

Objetivos Específicos

- 1) Describir las condiciones de prevalencia de la estomatitis aftosa recurrente por características demográficas.
- 2) Clasificar las formas clínicas de estomatitis aftosa recurrente.
- 3) Establecer la vinculación entre los niveles de cortisol en saliva y la presencia de EAR en pacientes estudiados.
- 4) Determinar la correlación entre "índice de eventos de vida, índice de reactividad al estrés, cuestionario "SCL-90-R" y la estomatitis aftosa recurrente.

JUSTIFICACIÓN

La realización de este estudio es relevante ya que el mismo constituye una actualización y contextualización sobre el tema; la cual tiende a favorecer a la docencia y a la práctica médica ya que en Venezuela en la mayoría de las áreas de Ciencias de la Salud sobre todo en la Facultad de Odontología, tanto los estudiantes como los profesores e investigadores, consultan bibliografías extranjeras, trayendo como consecuencia un distanciamiento con nuestra realidad, en lo que problemas de salud se refiere.

Al respecto la dilucidación de conexiones entre estrés y la EAR, es también una investigación relevante porque contribuye a explicar los nexos entre calidad de vida, desórdenes psicosomáticos y sistema inmunológico.

Las lesiones aftosas de la mucosa bucal constituyen un apartado importante en la práctica clínica, ya que expresan la existencia de enfermedades sistémicas o de enfermedades idiopáticas intrínsecas y específicas de la cavidad bucal. Por otra parte, cabe destacar que por tal motivo, se realizó una revisión actualizada, detallada, sencilla y práctica de las aftas bucales y especialmente de la estomatitis aftosa recurrente en cuanto a: concepto, etiología, patogenia, diagnóstico y manejo terapéutico. Las aftas bucales como entidades específicas y de características difíciles de filiar clínicamente, requieren de un conocimiento integral de la anatomía, fisiología e inmunología de la cavidad bucal y sistémica que permita al médico general y al

estomatólogo interpretar su existencia, con el fin de aplicar una terapéutica adecuada, Jiménez y otros (2006).

A propósito de lo anteriormente expuesto, los expertos señalan que dentro de las lesiones bucales, las aftas son motivo de consulta frecuente en la práctica médica y estomatológica, por lo que resulta importante realizar una revisión de todas las entidades que cursan con la presencia de aftas bucales, con el objetivo de establecer un diagnóstico diferencial correcto previo al manejo terapéutico, Eversole (1983), Harris y otros (2004).

Del mismo modo la mucosa bucal representa un lugar de fácil acceso para agentes infecciosos, de ahí que en la mayor parte de las enfermedades de la mucosa bucal existe una sobreinfección por microorganismos. Por otra parte, muchas de estas infecciones son el reflejo de patologías sistémicas, en las cuales existe un trastorno inmunológico de base que favorece la proliferación bacteriana, Cawson (2009).

Además de ello, Cawson agrega que: se ha dedicado una considerable atención en las investigaciones para aclarar la etiopatogenia de la EAR, sin embargo, hasta el momento, no se ha descubierto su principal etiología posiblemente se deba a afecciones locales y sistémicas, factores relacionados con el estrés (condición que nos inunda actualmente) inmunológicos e infecciones microbianas, genéticos.

Un dato que apoya lo señalado con relación al estrés, es que las observaciones clínicas relacionando situaciones estresantes con mayor susceptibilidad a enfermedades infecciosas, son relativamente frecuentes. Además de esta evidencia circunstancial, varios estudios experimentales muestran la influencia del estrés psicosocial sobre la respuesta inmunitaria, Rivera, Luis De (2003).

Según este autor, la disminución de los títulos de anticuerpos circulantes guarda proporción directa con la intensidad y duración de las alteraciones del comportamiento producidas por el estrés, y la composición de secreciones puede modificarse por efectos del estrés, probablemente a causa del aumento de corticoides circulantes, facilitando el paso de gérmenes a través de las barreras epiteliales y mucosas, (ob. cit.).

También en cuanto a los fenómenos de hipersensibilidad Rivera, Luis De (2003). Precisa que existe evidencia clínica de la influencia de los estados emocionales en la aparición e intensidad posterior de reacciones alérgicas. Factores emocionales e inmunológicos parecen contribuir concomitantemente al desarrollo y mantenimiento de susceptibilidades alérgicas, variando la importancia relativa de cada una de ellos en distintos pacientes.

Advierte el autor que en algunos pacientes alérgicos las emociones pueden no jugar ningún papel, mientras que en otros enfermos se pueden presentar reacciones alérgicas incluso en ausencia de alérgenos. Es posible que debido

a esto es frecuente obtener alivio de enfermedades alérgicas, tales como el asma, mediante técnicas simples de relajación o autohipnosis.

Es necesario y se justifica investigar sobre estos tópicos con un equipo multidisciplinario que abarque la extensa etiopatogenia de la EAR bajo los aspectos contemplados anteriormente, el estudio es novedoso en la medida que propone y modela una metodología integradora del análisis de datos provenientes de la medición de variables, con la interpretación de información proveniente de categorías subjetivas.

Adicionalmente, el estudio es importante porque su proposición teleológica, abre una línea de investigación transdisciplinaria al enfocar su mirada hacia la atención de la enfermedad como una entidad inmuno-psico-somática.

Es importante resaltar que así como existen enfermedades típicas de cada región y de cada país, la expresión externa de sufrimiento psíquico no es igual en todas las culturas, La variabilidad intercultural está relacionada con la gran sensibilidad del malestar subjetivo y la conducta de la enfermedad, a las actitudes y costumbres de la población a la que pertenece el sujeto Rivera, Luis De (1980).

CAPITULO II

FUNDAMENTACIÒN TEÒRICA:

VISIÒN DIACRÒNICA:

Hipócrates **(460-370 a.C.)** se le atribuye un gran progreso en el estudio sistemático de la medicina clínica, fue el primero en usar el término aftas (del griego *aphtay*: escozor, quemadura).

Johann Von Mikulicz-Radecki **(1850-1905)** Médico cirujano polaco. Especializado en el aparato digestivo, Es autor del "*Atlas de las enfermedades de la cavidad oral y de la garganta*" (1892) y "*Las enfermedades de la boca*" (1898). Realizó la primera descripción clínica científica de la EAR.

En **1983** Rivera, Luis De y Morera A. en el Hospital General Y Clínico de Tenerife Universidad de La Laguna, realizaron un trabajo denominado: "La Valoración de Sucesos Vitales: Adaptación española de la Escala de Holmes y Rahe. En este estudio, se escogieron 397 sujetos en los cuales se valoraron el potencial Estrésante de cada uno de los 61 ítems de un cuestionario de sucesos vitales, desarrollado a partir del SRRS de Holmes y Rahe.

Las diferencias con los valores establecidos en el estudio original de Holmes y Rahe son considerables para algunos ítems, y demuestra el condicionamiento sociocultural de las escalas de sucesos vitales. La dispersión de puntuaciones alrededor de la media, permite diferenciar unos ítems que denominamos

culturales, en los que el consenso es muy grande con respecto al valor Estrésante del suceso, y otros individuales en los que la dispersión es muy grande y no reflejan por tanto una actitud general de la muestra.

En **1989** abundando al respecto y en la misma Universidad donde se realizó el estudio citado en el párrafo anterior, Rivera, Luis De y col, realizaron un estudio comparativo para lo cual escogieron 136 sujetos de ambos sexos y edades comprendidas entre 18 y 70 años ingresados en los servicios de Medicina del Hospital Universitario de Canarias con muestra homogénea de 108 sujetos sanos. Los índices de sucesos vitales (ISV) según la escala de Holmes y de reactividad al estrés (IRE), según la escala González de Rivera, son significativamente más elevadas en los pacientes ingresados ($P < 0,01$).

La relación entre sucesos vitales y estado de enfermedad y entre reactividad al estrés y estado de enfermedad es aditiva, siendo mayor el riesgo para sujetos con altos niveles en las dos variables, menor para sujetos con menores niveles en ambas, e intermedio para aquellos con una elevada y otra baja. La consideración conjunta de ambos índices permite establecer un "Índice Global de Estrés" (IGE) que es mejor predictor del estado de enfermedad que la reactividad al estrés o los acontecimientos vitales, considerados Independientemente.

Este trabajo titulado "El índice de reactividad al estrés como modulador del efecto Sucesos Vitales en la predisposición a la patología médica." Aportó una valiosa conclusión: Los pacientes ingresados presentaron un mayor acúmulo de influencias Estrésantes en años previos a su ingreso, característica

similar ocurrió con los pacientes aquí estudiados solo que no se hizo comparación con pacientes sanos.

En **(1991)** Monterrey, A. Rivera, Luis De y otros. Facultad de Medicina Barna. Realizaron una investigación: El índice de reactividad al estrés (IRE): ¿rasgo o estado? En la cual El índice de reactividad al estrés (IRE-32) fue administrado de manera estandarizada a 29 estudiantes en dos ocasiones, con un intervalo temporal de 4 meses entre ellas.

En la primera ocasión se mantuvo una atmósfera general relajada y tranquila (estado basal), mientras que la segunda tuvo lugar en momentos previos a un examen oral eliminatorio (estado de estrés). Los valores obtenidos en ambas situaciones fueron diferentes, con marcada elevación del IRE en la situación de estrés, especialmente en las mujeres. Las mujeres presentaron un IRE significativamente más elevado que los hombres en la situación de estrés, pero no así en el estado basal. Estos resultados parecen indicar que el IRE puede ser más una medida de estado que de rasgo.

Chem Clin, Biochem **(1995)** en la Facultad de Ciencias de la Salud, Linköping, Suecia, en su trabajo titulado: "El Cortisol en saliva, rangos de referencia y la relación con cortisol en el suero". El estudio realizado tuvo como objetivos: Establecer rangos de referencia de cortisol en la saliva, tanto en la mañana como en la tarde y comparar las concentraciones de cortisol libre encontrado en la saliva con las de cortisol en suero, determinado con un radioinmunoensayo comercial. El trabajo tuvo como conclusión que: El procedimiento simple, preciso y no invasivo del análisis de la muestra de

saliva indican que esta se puede utilizar para mediciones de cortisol en las situaciones en que la toma de muestras de sangre es difícil de realizar.

Dr. Solomon, George **(1998)**. Especialista en Psiconeuroinmunología (campo científico transdisciplinario que investiga las interacciones entre el cerebro (mente/conducta) y el sistema inmune y sus consecuencias clínicas realizó una investigación en la que relacionó estrés, emociones y respuesta inmune.

El estudio consistió en la evaluación psicológica, emocional e inmunológica de 68 personas afectadas por el terremoto de Los Ángeles, en 1994. La evaluación comenzó a los 11 días de ocurrido el terremoto y culminó 4 meses después. En dicho estudio se evaluó el trastorno objetivo de la vida de las personas en término de pérdidas concretas causadas por el terremoto, como por ejemplo: la pérdida de un familiar, de la vivienda, o del vehículo, la destrucción del colegio de los niños, o la del sitio de trabajo, entre otros.

También se evaluó la reacción emocional frente al terremoto (alexitimia) que no es otra cosa que un déficit en el procesamiento de las emociones. Finalmente se realizó una evaluación de la capacidad de la respuesta inmune en función del tiempo.

Los individuos fueron ubicados en diversos grupos según el tipo de respuesta obtenida. Así, el grupo conformado por individuos que habían tenido un alto trastorno de la vida diaria, fue comparado con el de aquellos que habían tenido poca o ninguna pérdida. También se pudieron diferenciar otros dos grupos: los que experimentaron una alta respuesta emocional (distrés) y

aquellos que tenían un bajo disturbio emocional. En estos diversos grupos se midió su capacidad de afrontamiento inmunológico frente al terremoto.

El primer grupo, integrado por personas con bajo distrés y bajo trastorno de la vida constituyó el grupo control normal. En estas personas la respuesta inmunológica fue normal o ligeramente elevada, lo cual sirvió de línea de base para compararla con los otros tres grupos. En el segundo grupo caracterizado, por personas con alto distrés y bajo trastorno de la vida, se observó una disminución de la respuesta inmune. A este grupo pertenecen las personas que se preocupan por todo y aunque en este caso el terremoto no las afectó materialmente, aún así magnificaron la situación, lo cual cursó con una disminución de la respuesta inmune.

En el tercer grupo, compuesto por personas con bajo distrés y un alto trastorno de la vida, en un principio se pensó que se observaría una respuesta inmune elevada o por lo menos normal; sin embargo, se observó todo lo contrario puesto que fue el grupo que tuvo la respuesta inmune más baja. (A este grupo pertenecen las personas que tienen dificultad para expresar sus emociones, que son auto-controladas, estoicas.

Finalmente el cuarto grupo, integrado por individuos con alto distrés porque efectivamente tuvieron un alto trastorno de la vida por causa del sismo, paradójicamente, mostró una respuesta inmune normal, similar al grupo control. En este caso las personas expresaron una respuesta emocional elevada, acorde a las pérdidas que tuvieron que enfrentar como consecuencia

del terremoto. La conclusión más importante de este trabajo es que se debe expresar la emoción adecuada a las circunstancias que se están viviendo.

En **(1998)** Miret, Magda y cols. Basándose en la etiopatogenia inmunológica de la EAR realizaron una investigación titulada: "Determinación de los niveles de ICAM-1 e IgA secretora en saliva de pacientes con diagnóstico de Estomatitis Aftosa Recurrente (EAR)" que consistió en determinar en saliva los niveles de ICAM-1 e IgAs en 44 pacientes con diagnóstico clínico de Estomatitis Aftosa Recurrente. 15 pacientes en fase aguda, 15 en fase de remisión y 14 individuos aparentemente sanos, sin antecedentes de patologías de importancia. El sexo predominante en los tres fue el femenino con una edad promedio de 30 años.

Para la cuantificación de ICAM-1 en saliva se utilizó una técnica inmunoenzimática (ELISA) (Lab. ABBOTT), así como para la determinación de niveles séricos de anticuerpos IgG e IgM VEB y anti CMV. La cuantificación de IgA se realizó por inmunodifusión radial simple. Los resultados fueron estadísticamente interpretados por técnicas de análisis de varianza.

Los niveles de ICAM-1 se encontraron elevados en aquellos pacientes con diagnóstico de EAR, tanto en fase aguda como de remisión. Los niveles de IgAs fueron más bajos en los pacientes (tanto en fase aguda como en remisión de la enfermedad), en comparación con el grupo control. No hubo diferencias estadísticamente significativas de los niveles de ICAM-1 e IgAs encontrados en la fase aguda de la enfermedad al compararlos con los encontrados en la fase de remisión. Todos los pacientes presentaron niveles

séricos de IgG anti EBV y anti CMV positivos. Lo mismo se reportó para el grupo control.

En este mismo ámbito internacional se hace referencia a Soto y cols **(2004)** en la Universidad de Chile realizaron una investigación titulada "Asociación entre alteraciones psicológicas y la presencia de liquen plano oral, síndrome boca urente y estomatitis aftosa recidivante. El objetivo de este estudio fue determinar la relación existente entre el Liquen Plano Oral (LPO), Estomatitis Aftosa Recidivante (EAR), Síndrome de Boca Urente (SBU) y las alteraciones psicológicas del paciente, tales como el estrés, la ansiedad y la depresión.

En relación a su diseño la muestra estuvo conformada por 18 pacientes con EAR 9 pacientes con LPO y 7 pacientes con SBU, que presentaron la lesión en el momento del examen, más un grupo control de 20 pacientes sanos Ambos grupos fueron extraídos de centros hospitalarios y docentes, donde el diagnóstico clínico fue realizado por un equipo de patólogos orales. (ob.cit).

A los pacientes se les aplicó dos instrumentos de medición del estado psicológico del individuo: el Test de Experiencia Reciente, para medir el grado de estrés y la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Escala HAD), por sus siglas en inglés; para determinar el nivel de ansiedad y depresión; los puntajes entregados por ellos fueron analizados estadísticamente a través del test de Student no pareado y el Anova Tukey.

Esta investigación tuvo como resultados que hay una asociación estadísticamente significativa entre estos desórdenes psicológicos y las patologías de la mucosa oral en estudio. Se estableció que el nivel de estrés

es mayor en los pacientes con EAR y LPO. Por otro lado la ansiedad es mayor en los tres grupos de pacientes con patología oral y la depresión es particularmente alta en los pacientes con SBU, todos estos datos respecto al grupo control. Lo más relevante en las conclusiones, es que existe una relación positiva entre alteraciones psicológicas y la EAR, LPO y SBU. La EAR y el LPO se asociaron a altos niveles de estrés y ansiedad, mientras que el SBU se relacionó con importantes grados de ansiedad y depresión. (ob.cit)

Bajo ese mismo contexto en la misma Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo Miret, Magda **(2004)** realizó un trabajo titulado "Calidad de Vida en Pacientes con Estomatitis Aftosa Recurrente" este trabajo tuvo como objetivo general evaluar la calidad de vida en sujetos con diagnóstico de EAR que acudían a la consulta externa de Dermatología de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera", de la ciudad de Valencia, Venezuela.

El presente estudio se realizó para documentar la alteración de la calidad de vida, de los pacientes afectados por esta entidad clínica, ya que constituye uno de los problemas dermatológicos más frecuentes de la patología bucal.

El nivel y diseño de investigación fue: estudio descriptivo, de campo, no experimental transeccional. Se realizó un cuestionario de calidad de vida tomando en cuenta modelos aplicados y validados, para otras afecciones dermatológicas, se sometió a la correspondiente validación por parte de los expertos en el área. La muestra estuvo conformada por 20 pacientes afectados por EAR. Se les aplicó el cuestionario el cual exploró 05 dimensiones: Síntomas Físicos, Actividades Diarias, Síntomas en Actividades

Recreativas, en el Trabajo, Estudio, Relaciones Interpersonales y Vida Sexual. La respuesta atendió a un porcentaje elevado en cuanto a la dimensión Síntomas Clínicos y limitación en las dimensiones, Actividad Diaria, Recreativa, Laboral, Interpersonal y Actividad Sexual. Por ello se concluye, que la EAR, es un problema dermatológico de consulta frecuente y de curso crónico, lo cual nos obliga a tratar al paciente con aftas orales, de forma especial, sin minimizar su impacto psicológico. (ob.cit.)

Como puede apreciarse este tipo de investigaciones hacen un aporte favorable a los procedimientos terapéuticos los cuales deben tomar en cuenta las alteraciones psicológicas que pudiera tener el paciente.

En Lima Perú, Gutiérrez D. **(2005)**, en su investigación "Efecto del estrés y del tabaquismo en la EAR". La unidad de muestra estuvo formada por 60 pacientes, todos los pacientes mayores de edad, de ambos sexos que presentaron lesiones aftosas, 30 fumadores y 30 no fumadores. Entre los resultados se estableció que la aparición de lesiones aftosas recurrentes en la cavidad bucal tiene un origen multicausal, entre ellas señala al estrés. Se consideró también que el hábito de fumar tiene, en la condición del estrés, un papel importante, pues la literatura científica reconoce los efectos que la nicotina tiene sobre el organismo, así como a nivel psicológico.

También se estableció una relación entre la presencia de aftas y el hábito de fumar. Se relacionó la frecuencia de aftas y el tiempo de fumador en años, observando que un mayor número de años de tabaquismo se relaciona con una menor frecuencia de aparición de aftas, es decir, la aparición de lesiones

aftosas en ciclos de tiempo más prolongados tiene una relación positiva con los mayores años de tabaquismo. Reforzando esta primera asociación tenemos que la relación de la frecuencia de aftas y el número de cigarrillos fumados por día. Por lo tanto se concluye que "El tabaco parece prevenir la aparición de estomatitis aftosas". "El fumar provoca un espesamiento de la mucosa que parece tornarse más resistente a la penetración de agentes desencadenantes del afta." Gutiérrez D. (2005)

Este trabajo es de suma importancia para la presente investigación porque toma en cuenta la variable estrés como factor importante en la etiopatogenia de la EAR.

Acosta M, Labrador I, **(2007)**, En el ámbito nacional hacen referencia, en una revisión bibliográfica a una actualización en los nuevos medicamentos y sustancias usadas mundialmente para el tratamiento de la EAR, se trata del trabajo titulado: "Actualización en el tratamiento de la EAR a través de una revisión bibliográfica, realizado por En la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo. Este trabajo tuvo como objetivo, hacer una exhaustiva investigación bibliográfica (Investigación Descriptiva) a nivel nacional e internacional recopilando técnicas terapéuticas y medicamentos para tratar adecuadamente la EAR.

Los tratamientos propuestos varían desde plantas y raíces hasta diferentes sustancias y medicamentos. Entre ellos se tienen: clorhexidina, tetraciclinas, benadryl, xylocaina viscosa, nitrato de plata, corticoesteroides, colchicina,

dapsone, pentoxifilina, taledomida, herpiridina,. Además se proponen terapia alternativas para control del dolor como el ultrasonido y la crioterapia.

El aporte de esta investigación es relevante debido a que hasta el momento el tratamiento de la EAR es empírico cosa que es preocupante en una enfermedad que se presenta con tanta frecuencia.

De igual manera Correnti M y cols. **(2007)** profesores de la Facultad de odontología de la Universidad Central de Venezuela realizaron una revisión bibliográfica: "Factores Inmunológicos y Microbiológicos Asociados con la Etiología de la Estomatitis Aftosa Recurrente (EAR)" El objetivo del trabajo fue, realizar una revisión de los principales factores inmunológicos y microbiológicos, asociados con la EAR y concluyeron lo siguiente: La Estomatitis Aftosa Recurrente (EAR) es una enfermedad ulcerativa, dolorosa y muy común de la cavidad bucal, cuya etiología es desconocida.

Algunos reportes han señalado que los pacientes afectados con esta condición presentan una respuesta inmunológica defectuosa. Adicionalmente, existe atención en destacar la importancia y participación de las moléculas de adhesión en el reclutamiento del infiltrado inflamatorio en esta condición. Las moléculas de adhesión VCAM-1 (molécula de adhesión vascular-1) e ICAM-1 (molécula de adhesión intercelular-1), son esenciales para la unión de las células inflamatorias a las células endoteliales.

Formas circulantes de estas moléculas han sido detectadas en un número de enfermedades vasculíticas, y EAR tiene características similares a esta entidad.

Por otra parte *Helicobacter pylori* ha sido demostrado como el agente causal de la úlcera gástrica que presenta gran similitud histológica con la EAR.

PUESTA AL DÍA DEL TEMA

ESTOMATITIA AFTOSA RECURRENTE:

Actualmente la EAR, se considera de origen inmunitario, aunque los autores opinan que esos agentes inmunopatológicos podrían estar unidos a agentes desencadenantes tales como el estrés o agentes etiológicos específicos de tipo infeccioso y hasta incluso nutricionales. Regezi,J , Sciubba. (2000)

Existe evidencia sustancial que indica que la EAR es resultado de una respuesta inmune predominantemente mediada por células y, en base a los reportes anteriores, en la actualidad se piensa que la EAR depende de una disfunción inmunológica local, en la cual los linfocitos T desempeñan una función significativa. Sin embargo, la naturaleza del estímulo que inicia el proceso aún es un enigma. El agente causante puede ser un antígeno endógeno (autoinmunitario) o exógeno (hiperinmunitario), o podría ser un factor inespecífico como el traumatismo, en el cual pueden estar implicados mediadores químicos propios de la respuesta inmunitaria. Correnti, Gutierrez y Perrone (2008).

El principal apoyo para una base inmunitaria se relaciona con alteraciones del número de los subtipos de células T en la sangre periférica de individuos con EAR, los cuales muestran una relación alterada de células CD4 y CD8,

presentando un aumento de linfocitos T CD8+. Ha sido propuesto que los leucocitos sanguíneos periféricos de los pacientes con EAR, presentan un aumento en la citotoxicidad hacia el epitelio de la mucosa bucal, reforzando de esta manera que la EAR puede representar una reacción tipo citotoxicidad celular dependiente de un anticuerpo en la mucosa. Más importante, aún es que las células T CD4+ sanguíneas periféricas de los pacientes con EAR también pueden causar lisis epitelial. Es factible entonces, que las reacciones citotóxicas mediadas por las células T CD4+ y CD8,+ ocurran en la EAR. Fainboim y Geffner (2005).

Sean cuales sean los agentes desencadenantes, son las interacciones del sistema inmunitario, que protege y repara el organismo las que contribuyen principalmente a la magnitud del proceso patológico. La mayoría de las reacciones inflamatorias descritas en este proceso tienen en común el predominio de linfocitos T, sobre todo de los tipos CD4 y CD8. (ob.cit.)

Cuando la enfermedad afecta principalmente al epitelio superficial, se caracteriza por un aumento significativo del número de *células de Langerhans*. (Toman diferentes nombres dependiendo de su localización). La célula de Langerhans, parte integral del componente celular del sistema inmunitario intraepitelial, es una célula procesadora de antígenos y su función es equivalente a la del macrófago en el tejido conjuntivo, su misión es iniciar una cascada de respuestas inmunitarias humorales y celulares. Mora de Orta y Corado (2003).

Se ha comprobado experimentalmente que al estimular las células de Langerhans con péptidos sintéticos que simulen antígenos bacterianos, se generan clones autorreactivos de células T, produciéndose una respuesta linfoproliferativa autoagresiva que culminaría con ulceraciones orales. Shafer, W. Hine, M y Levy, B. (1983).

Unido a los factores explicados anteriormente, en la EAR existe de base una alteración del sistema inmunológico, caracterizada por una respuesta inflamatoria exagerada y mantenida que favorece la formación de las aftas bucales. No obstante pudiera ser definida como una enfermedad iniciada por un desorden de las células T y B del sistema inmune y de los factores de defensa no específicos, que conlleva a un incremento del contenido y la virulencia de la microflora bucal, lo que a su vez estimula la sensibilidad bacteriana del organismo de los pacientes con EAR, Muñoz (2002).

De hecho, afirma Muñoz, como se puede entender, que una vez estimulado el sistema inmunológico por los factores etiológicos y precipitantes, las células inmuno-competentes que participan en la respuesta inflamatoria se activan y comienzan a liberar inmunoglobulinas y sustancias químicas que actúan como mediadores de la inflamación (citoquinas, componentes del sistema del complemento y radicales libres, etc.)

En el orden de las ideas anteriores, se puede añadir, que en el mecanismo de la patogénesis de la EAR probablemente se implican varios caminos que

integran al ICAM-1, IL-1, TGF-B y linfocitos T. Es decir, se bosqueja que la EAR es el resultado de la alteración en la red de citocinas en la mucosa bucal, mediada por una respuesta inmunitaria celular que actúa directamente sobre áreas localizadas de la misma, Miret, Mérida, Corado, Vivas, Toro, D`Alessandro, Escalona (2004).

En efecto, la presencia del TGF-B en las lesiones aftosas de la mucosa bucal de pacientes con EAR nos permite sugerir que dicha expresión permitiría el proceso de un estado de inmunosupresión en el microambiente de la mucosa bucal que favorecería el desarrollo de lesiones aftosas, Yuni, Salinas, Ronald, Millán, león (2007).

Tovar y otros (2000) plantean que los pacientes con EAR tienen aumentada las concentraciones de IgA, IgG, IgD e IgE, y en investigaciones recientes han reportado que los pacientes con EAR presentan niveles significativamente muy bajos de las subclases IgG2, lo cual demuestra que los niveles bajos de la subclase IgG2 desempeña un papel importante en la génesis de la EAR, mientras que los niveles de IgA presentan cambios en su concentración sérica, según el grado de actividad de la enfermedad.

Por tal motivo, y como resultado de sus investigaciones tovar y otro, han postulado también que podría existir un déficit en la producción de anticuerpos frente a antígenos bacterianos de la mucosa. Esto sugiere, además, la posibilidad de reactividad cruzada entre los antígenos bacterianos

y los antígenos de la mucosa oral, de modo que los anticuerpos producidos podrían resultar citotóxicos para la propia mucosa bucal. Por último, se señala que existe una alteración local en las subpoblaciones de linfocitos T con un aumento de las células inductoras facilitadoras frente a las supresoras, Navarro (2008).

En tal sentido una vez estimulado el sistema inmunológico por los factores etiológicos y precipitantes, las células inmunocompetentes que participan en la respuesta inflamatoria se activan y comienzan a liberar inmunoglobulinas y sustancias químicas que actúan como mediadores de la inflamación (citoquinas, componentes del sistema del complemento y radicales libres, etc. Mosby (2009).

Pacho Sabedra (2004) define Afta: como pérdida de sustancia de la mucosa, aguda, dolorosa, inicialmente necrótica y recidivante. Y Lesión aftoide: como lesión que simula clínicamente las aftas, pero cuya etiología, a diferencia de estas, es conocida, y por lo tanto, no son verdaderamente aftas por ejemplo: las mordeduras de la mucosa, traumas por prótesis, lesiones que se producen por alimentos muy fríos o muy calientes, quemaduras por medicamentos, infecciones por virus, bacterias y hongos, en otras palabras, factores causales exógenos o ambientales.

Por otra parte existen también factores endógenos como es el caso de que exista una enfermedad sistémica o debilitante en el organismo, entre las más

conocidas están: Discracias sanguíneas, Diabetes mellitus enfermedades vesículo-ampollares, carenciales (déficit de ácido fólico o vitaminas B12) (ob. cit.).

Y finalmente las que son centro de la presente investigación las desencadenadas por una serie de factores aun no tan precisados entre los que predomina el estrés, que son: Las aftas bucales caracterizadas por periodicidad, intensidad y persistencia con que se presentan, y que se han definido, desde el punto de vista clínico, como una entidad que cursa con recurrencia y de etiología no bien precisada, es la denominada estomatitis aftosa recurrente (EAR), también reconocida en la literatura mundial como úlcera oral recurrente, úlcera aftosa recurrente o aftosis simple o compleja.

Al ser una entidad por la cual muchas personas consultan al estomatólogo, el gastroenterólogo, el médico general u otros especialistas afines, para su manejo clínico-terapéutico, a mi parecer, requieren de un amplio conocimiento, que permita reconocer la entidad y al mismo tiempo indicar una adecuada terapéutica, que mejore la calidad de vida de los pacientes que la padecen, Calanche, Rivas (2002).

Según Shafer En la cavidad oral, la EAR se manifiesta de tres formas clínicas distintas: *estomatitis aftosa menor*, *estomatitis aftosa mayor* y *úlceras herpetiformes*.

Sapp y cols. Describe la enfermedad de la forma siguiente:

ESTOMATITIS AFTOSA MENOR es la forma clínica de casi todas las lesiones de la EAR. Las otras formas: estomatitis aftosa mayor y herpetiforme, se manifiestan en conjunto en menos del 5% de las ocasiones. Las lesiones orales de la EAR aparecen en episodios, con presencia de menos de cinco úlceras a la vez. Durante un ataque pueden seguir apareciendo lesiones durante un período de 3 a 4 semanas, durando cada una de ellas entre 10 y 14 días. Las lesiones son redondas, pero pueden ser elípticas si se localizan en una cresta o pliegue lingual. Son pequeñas, con un diámetro de 0,5 mm a 1 cm, superficiales, con bordes marcados y crateriforme, y presentan una base blanco-amarillenta con un halo eritematoso en la mucosa circundante. Sapp, J. Eversole, L y Wysocki, G. (1998) **(Ver anexo 6)**.

Los pacientes se quejan de dolor desproporcionadamente intenso para el tamaño de la lesión. Las localizaciones más frecuentes de las lesiones son las superficies mucosas de los labios, paladar blando posterior y pilares anteriores. Otras localizaciones menos frecuentes son los bordes ventral y lateral de la lengua y el suelo anterior de la boca. Sapp y cols. (1998).

Aunque la irritación mecánica no es una causa conocida de las úlceras aftosas, a menudo parece precipitar la aparición de algunas úlceras aftosas durante un episodio. Las lesiones sobre el paladar blando y la región ventral de la lengua suelen aparecer espontáneamente sin traumatismos precipitantes evidentes. El curso clínico de las úlceras aftosas menores difiere significativamente de las laceraciones leves de la mucosa en individuos sin tendencia a las aftas.

Curiosamente, las intervenciones quirúrgicas sobre la mucosa durante un ataque aftoso cicatrizan con normalidad, Robbins (1975).

En relación al tratamiento de la EAR como se mencionó anteriormente es variado, propugnándose una amplia diversidad de medicamentos. Dado que no existe tratamiento alguno para prevenir la predisposición a futuros ataques, los tratamientos se dirigen a reducir la intensidad y duración de cada episodio. Y sin conocer a exactitud la etiopatogenia de la enfermedad. Shafer, W. Hine, M y Levy, B. (1983)

ESTOMATITIS AFTOSA MAYOR: es rara, aunque representa la segunda forma más frecuente de EAR. Antiguamente se conocía como *peradenitis mucosa necrótica recidivante*, lo que refleja la propensión de las lesiones a aparecer sobre áreas de la mucosa con gran cantidad de glándulas salivales menores. Las lesiones son grandes, en comparación con las aftas menores, oscilando entre 5 y 20 mm o más de tamaño. Su número es escaso, generalmente sólo una o dos a la vez y fundamentalmente en dos localizaciones: mucosa labial y área del paladar blando posterior/pilares anteriores. Las lesiones son crateriformes, más profundas que las de la estomatitis aftosa menor y duran mucho más, hasta 6 semanas. El dolor es importante y dificulta la alimentación, especialmente cuando se localizan en la cara posterior de la boca. Sapp y cols. (1998), Espinosa (1999). **(Ver anexo 6).**

Las úlceras aftosas mayores no suelen aparecer hasta después de la pubertad y en algunos pacientes pueden dar problemas hasta durante 20 años. Las lesiones profundas y persistentes pueden infectarse secundariamente con

organismos bacterianos y hongos. Cuando se produce su reparación suele aparecer una cicatriz con retracción tisular. Esto es raro en la superficie mucosa de la boca, ya que la mayoría de las lesiones leves cicatrizan sin formación evidente de cicatriz, Bouquotj (1986).

ULCERAS HERPETIFORMES: son la forma menos frecuente de EAR y la peor diagnosticada. A menudo se confunden con infecciones primarias por el virus del herpes simple, a las que -de ahí su nombre- clínicamente se parecen mucho. Los pacientes con úlceras herpetiformes sufren episodios prolongados de lesiones intraorales, ampliamente diseminadas, en forma de úlceras crateriformes superficiales y pequeñas (3 a 6 mm de diámetro). Cada episodio puede durar semanas o meses y algunos pacientes pueden presentar lesiones casi continuamente a lo largo de varios años. (ob.cit.) **(Ver anexo 6)**.

Durante ataques prolongados, unas lesiones se reparan mientras aparecen continuamente otras nuevas. Raramente afectan a pacientes en los últimos años de la adolescencia, como es frecuente en la estomatitis aftosa menor, o en la infancia, como es frecuente en la estomatitis herpética, entidad a la que se parecen clínicamente las úlceras. Aunque la mayoría de las lesiones afectan casi exclusivamente a mucosa glandular, también pueden aparecer en algunas superficies queratinizantes, Mosqueda (1999).

Dado que la presencia de lesiones en las superficies mucosas queratinizantes es frecuente en la infección primaria por herpes, no es raro que las úlceras herpetiformes sean diagnosticadas de herpes, por error. Un rasgo típico de esta entidad es que el dolor es más intenso de lo que correspondería al

tamaño de las lesiones. Dada la facilidad con que se confunden las lesiones aftosas herpetiformes con la estomatitis herpética primaria, a menudo son necesarias pruebas de laboratorio para descartar etiología vírica. (ob.cit.)

Una consideración muy importante es el hecho de que se han descrito las tres formas clínicas de EAR en mucosa de boca, faringe y esófago de los pacientes infectados por el VIH, con una prevalencia que varía entre el 0.7% y el 4% legando a aumentar a un 27% en enfermos asiáticos de Hong Kong, Velasco (2002), Eyeson y otros (2002).

Definida la EAR es importante conceptualizar el resto de las variables que intervinieron en la investigación como es el estrés, uno de los factores que se supone, es desencadenantes del complejo proceso descrito anteriormente.

ESTRÉS:

Otro Ejemplo en la historia de la ciencia de eventos serendipitosos ocurrió en el año 1911 cuando Walter Cannon estudiaba la influencia de extractos suprarrenales en la presión arterial del gato. Quiso la casualidad que, en pleno experimento, ladrara un perro en la habitación contigua, descubriendo entonces Cannon una relación de la natural respuesta emocional del gato con un aumento de la secreción de adrenalina y de la presión arterial. Esto le llevó a descubrir la llamada "Reacción de lucha o huida", respuesta básica del organismo a toda situación percibida como peligrosa, y en la que juega un papel principal la liberación de catecolaminas. Estrés era, para Cannon en aquel tiempo,, simplemente un estímulo capaz de desencadenar la" Reacción de lucha o huida" Rivera, Luis De (1979).

Luego en (1935) cuando llamó Homeostasis (del griego *homeo*= igual, *stasis* = estado, al conjunto coordinado de mecanismos y procesos fisiológicos, que se encargan de mantener esta constancia del medio interno, neutraliza las influencias del medio ambiente y mantiene las constantes vitales en su nivel óptimo, a pesar de las exigencias externas. Asegura la supervivencia, porque hay funciones en que la tolerancia a la variación es mínima, como la temperatura corporal, la oxigenación de la sangre etc. Cannon va modificando su concepto de estrés a: "todos aquellos factores del medio cuya influencia exige un esfuerzo inhabitual de los mecanismos homeostáticos"

Cabe agregar : que gracias a la Homeostasis los seres humanos podemos sobrevivir en cualquier medio externo, debido a los complejos mecanismos de adaptación que hacen que el cuerpo siga funcionando igual, sea cual sea la situación externa. (ob. Cit.).

Seguidamente, continuando esta breve reseña histórica, Hans Selye: médico húngaro establecido en Montreal descubre que la corteza que rodea la médula de la glándula suprarrenal también aumenta su actividad en situaciones de estrés. Fue este científico el que popularizó el término "estrés", describiéndolo como: "La suma de todos los cambios no específicos causados por hiperfunción o lesión" (1956). Y "Estrés es la respuesta inespecífica del organismo a toda demanda hecha sobre él" (1974).

Abundando al respecto, el catedrático de psiquiatría Rivera, Luis De (2006) precisa la Ley General del Estrés: "Cuando la influencia del ambiente supera o no alcanza las cotas en las que el organismo responde con máxima eficiencia,

éste percibe la situación como peligrosa o desagradable, desencadenándose una reacción de lucha-huida, y/o una reacción de estrés, con hipersecreción de catecolaminas y de cortisol” (1977).

Aunque el estrés en ocasiones constituye el motor de nuestras vidas, es ante todo uno de nuestros más feroces enemigos. Frente al estrés, el organismo humano reacciona tanto en el aspecto biológico como en el psicológico. Cuando se habla de estrés, se refiere a varios aspectos de un mismo concepto. Por un lado, se puede dar al término el significado de una respuesta emitida por nuestro organismo ante un estímulo. Se llamaría estrés a las respuestas fisiológicas o psicológicas que la persona da ante un estímulo ambiental “amenazante”. El estrés se entiende como síndrome general de adaptación, que incluye tres fases: de alarma, de resistencia o adaptación del organismo y de agotamiento, pudiendo, si la amenaza es suficientemente severa y prolongada producir la muerte. (ob.cit.)

La respuesta de estrés se da a tres niveles: fisiológico, cognitivo y motor. En el primer caso, puede manifestarse en forma de taquicardia, hipertensión, incremento del colesterol, hiperglucemia, diuresis, aumento-disminución de la temperatura, sequedad de boca, inhibición del sistema inmunológico, etc.

En el segundo nivel, puede provocar incapacidad en la toma de decisiones, dificultades de concentración y de atención, olvidos frecuentes o irritabilidad. Finalmente, las respuestas motoras se manifiestan con temblores, tartamudeo, predisposición a accidentes, disminución o aumento del apetito o explosiones emocionales. Al emplear el término estrés es posible, también, aludir a

estímulos que provocan un cierto “desequilibrio”; en este sentido, el estrés se identificaría como agente externo nocivo. Por encima de los límites individuales de tolerancia al estrés (agente externo), éste provoca daños o alteraciones fisiológicos y/o psicológicos. (ob.cit.)

Entonces el estrés se podría definir como una respuesta del organismo que se produce ante unas situaciones que amenazan la seguridad y que atentan a las necesidades básicas del Hombre dando lugar a conductas compensatorias y a reacciones fisiológicas y emocionales de adaptación al cambio. Lazarus y Folkman (1986).

De igual manera se puede definir el estrés como una agresión contra un organismo vivo. Además se puede definir como un conjunto de reacciones (biológicas y psicológicas) que se desencadenan en un individuo cuando este se enfrenta de forma brusca con un agente nocivo, de cualquier naturaleza. Diccionario Médico (1990).

González de Rivera clasificó las distintas variables que tienen que ver con el estrés de la siguiente manera:

- Factores externos del estrés, que abarcan todos aquellos aspectos del ambiente que pueden afectar el equilibrio del ser humano o sobrecargar sus mecanismos de adaptación, defensa y regulación, como por ejemplo: Los acontecimientos vitales.
- Factores internos de estrés, Incluyen las variables del propio sujeto directamente relacionadas con la respuesta de estrés.

Un ejemplo de este tipo de factor lo constituye el denominado Índice de Reactividad al Estrés, el cual es “el conjunto de pautas habituales de respuesta cognitiva, emocional, vegetativa y conductual ante situaciones percibidas como potencialmente nocivas, peligrosas y desagradables” Rivera, Luis De (1983).

- Factores moduladores, Como ejemplo de este grupo tenemos el apoyo social, los estados afectivos, la depresión, el nivel de vigilancia y muchos más, ya que aquí intervienen variables tanto del medio como del individuo que no están directamente relacionadas con la inducción ni con la respuesta del estrés, pero que condicionan, modulan o modifican la interacción entre factores internos y externos. (ob.cit.).

Como se ha tratado anteriormente, el primer concepto de estrés fue formulado por Walter Cannon en 1929, cuando lo definió como una reacción de lucha o huida ante situaciones amenazantes, postulando que su biología dependía de la estimulación del sistema simpático-adrenal. Posteriormente, como se enunció inicialmente Selye en 1974, planteó que la respuesta al estrés no era específica y propuso hablar de un síndrome general de adaptación, Szabo 1998 citado por Molina (2009) agrega dos conceptos diferentes a tener en cuenta: el de estrés, para designar al sistema de respuesta normal con el convivimos (conductas de afrontamiento o coping), versus el de distrés como el sistema de respuesta disfuncional, anormal o patológica (conductas de confrontamiento).

Hay que destacar según Molina, que en medicina, el estrés es definido como una reacción individualizada de tensión psico-física, que aparece como respuesta a determinados estímulos tanto psíquicos (internos) como ambientales (externos) percibidos como amenaza para la homeostasis y seguridad del individuo Tal y como acotó De Rivera.

El concepto de estrés evolucionó desde sus orígenes como *respuesta inespecífica* a lo que hoy se considera un *fenómeno psicobiológico* complejo de alarma y adaptación que permite al organismo hacer frente a situaciones de peligro; Investigaciones recientes han realizado aportes interesantes al anunciar que el estresor debe ser idiosincrásico, y que para que el mismo produzca una respuesta debe haber sido evaluado previamente por el individuo. Es decir que no influye tanto el estresor en sí mismo, sino la evaluación cognitivo-simbólica que se realice de esa situación de amenaza (esto se hace comparando situaciones peligrosas personales o culturales anteriormente vividas), Molina (2009).

Resulta oportuno exponer que según Cannon, el estrés es una homeostasis fisiológica, es decir, la respuesta normal ante una situación estresante. Esta respuesta es conocida como (eustrés), que cumple con una función adaptativa y ayuda al individuo a enfrentar exitosamente la situación generadora de tensión. En este caso, el estado de activación psico-neurobioquímica y conductual aumenta el rendimiento del organismo logrando que el mismo realice desempeños que no puede obtener en un estado normal;

después de lograr el objetivo, la activación decrece rápidamente hasta llegar a la normalidad. (ob. cit.).

En este orden de ideas añade Molina que este proceso es de carácter agudo, limitado en el tiempo, no tiene repercusiones negativas en el estado de salud, por el contrario, si ocurre con frecuencia, entrena al individuo para enfrentar exitosamente el estrés. En cambio, el (distrés) es la respuesta patológica o anormal, pues no ayuda al individuo a adaptarse adecuadamente, es ineficaz y se convierte en un obstáculo para el desenvolvimiento normal, por lo que la intensidad de la respuesta suele ser desproporcionada al estímulo, y la activación no decrece hasta niveles normales sino que mantiene su estado de alerta y tensión durante un periodo prolongado.

Como puede observarse, significa entonces que su ocurrencia frecuente produce graves repercusiones en la salud física y psicológica y suele estar implicada en el desgaste vital y en la génesis o mantenimiento de numerosas patologías, llamadas hoy "enfermedades de desadaptación o de estilo de vida". La respuesta es desproporcionada porque el individuo suele darle un significado negativo o catastrófico a la situación estresante y mantiene la cognición de amenaza, lo cual dificulta su relajación y con ello el retorno al nivel basal. (ob. cit.).

ACONTECIMIENTOS VITALES

Rozados citado por Oramas y otros investigadores (2007). Sostiene que se ha implicado a las circunstancias externas potencialmente productoras de estrés los llamados “acontecimientos vitales” como factores precipitantes de los trastornos afectivos. Estos acontecimientos vitales, al recaer sobre un individuo que ya tiene una vulnerabilidad de base, desencadenarían el inicio de una depresión. Se piensa que los pacientes deprimidos experimentan más acontecimientos vitales en los meses que preceden al comienzo de los síntomas.

Los acontecimientos vitales más potentes para precipitar una depresión serían aquellos no deseados, no controlables, inesperados, y que suponen una amenaza o peligro importante para el sujeto; entre ellos, los acontecimientos que suponen una pérdida para el individuo (muerte del cónyuge o un familiar próximo, divorcio o separación, jubilación o pérdida de empleo, abandono del hogar por parte de algún miembro de la familia) son los más claramente asociados al inicio de un trastorno depresivo. (ob.cit.)

También se han de considerar los problemas de salud física por suponer igualmente una pérdida. Como lo comprueba Díaz Curiel en su investigación sobre “Acontecimientos Vitales Estrésantes y enfermedades físicas en la infancia y adolescencia”. En donde se hace una revisión sobre la importancia de los acontecimientos vitales ya sean recientes o acumulativos en la aparición o exacerbación de enfermedades físicas: agudas y crónicas entre ellas las de origen inmunológico. Cannon, (1929).

Sin embargo, se ven muchos sujetos con trastornos afectivos en cuyos antecedentes no se detectan acontecimientos desfavorables y también se ven personas que padecen dificultades y pérdidas considerables sin que manifiesten síntomas de enfermedad. (ob.cit.)

Resulta oportuno las afirmaciones de Sandin (2003) el cual opina que el cambio es la principal propiedad aceptada mas universalmente como definitorio de los sucesos vitales; estos son acontecimientos que implican cambio de las actividades usuales de los individuos que los experimentan (el potencial Estrésante de un suceso vital está en función de la cantidad de cambio que conlleva) tales sucesos vitales pueden ser extraordinarios y extremadamente traumáticos, pero generalmente son eventos habituales y más o menos normativos, tales como: (algunos ya se nombraron) El matrimonio, la separación, el divorcio, la pérdida de trabajo, la pérdida de un amigo o pequeñas violaciones de la ley.

Por su parte Rivera, Luis De (2006). Agrega: que la escala de cambios vitales es un instrumento interesante para la investigación transcultural, ya que permite determinar valores culturales característicos de las distintas poblaciones. Aquellos acontecimientos que demuestren ser valores culturales en todas las sociedades humanas podrán ser considerados como universales, cuyo efecto Estrésante viene determinado por la naturaleza humana en sí, más que por factores culturales o personales. De hecho, algunos acontecimientos, como la muerte del cónyuge o de un familiar cercano,

reúnen estas características; otros como tener un problema legal menor, cambiarse de casa o salir de vacaciones, parece que no.

De igual manera no son solamente los acontecimientos vitales los que influyen, si no el estrés, los traumas psíquicos, las sobrecargas psicológicas, la hiperactividad emocional y hasta cualquier cambio significativo que ocurra en nuestras vidas, son aspectos de la complejidad de nuestra existencia. Todos pueden ser causa, complicación o consecuencia de una crisis emocional. Por ello al mismo tiempo afirma Rivera, que saber detectarlos y manejarlos, debe formar parte de la preparación para la vida de cualquier habitante de nuestro mundo actual.

A lo largo de los planteamientos hechos ubicamos a Rivera, Luis De (2001). en el tema sobre La crisis a la cual él define como un síndrome agudo de estrés, caracterizado por la ruptura brusca de la vivencia de continuidad psíquica y por la respuesta activa ante un proceso de cambio. Es decir, el éxito en esta respuesta favorece el desarrollo e integración de la personalidad, mientras que su fracaso puede llevar a una total desestructuración.

De igual manera La intervención terapéutica requiere consideración del tipo y fase de la crisis, de la personalidad y experiencias críticas del sujeto, y de los condicionantes socioculturales del entorno. Por otra parte la investigación psicofisiológica muestra que la introducción de cambios o nuevas variables en una actividad altera los parámetros neurovegetativos y neuroendocrinos, incluso cuando esos cambios facilitan la actividad.

Desde la más remota antigüedad es conocida la influencia de grandes estreses y traumas, pero el efecto de pequeños cambios y acontecimientos normales no ha sido comprendido hasta los trabajos pioneros de Holmes y Rahe. De hecho según estos autores, cada acontecimiento nuevo, por banal que sea, exige un reajuste de las funciones habituales de la vida cotidiana. Un acúmulo de muchos pequeños acontecimientos, en corto tiempo, puede llegar a ser equivalente a una gran tragedia. (ob. cit.).

Adicionalmente asienta Rivera, Luis De (2001) que cada cambio en nuestras vidas puede ser medido en "unidades de cambio vital", y la suma de estas unidades refleja el estado de nuestros factores externos de estrés por el periodo de tiempo considerado.

Sobre la base y en este contexto de los síndromes de estrés, puede bien decirse que una crisis es una experiencia estresante, que en algunos casos llega a ser traumática, y que casi siempre provoca, o viene precipitada por, un cambio vital. El elemento distintivo de la crisis es la convicción o decisión interna de que la situación es insostenible y que es preciso hacer algo para transformarla. Agrega Rivera que la motivación hacia el cambio es una respuesta apropiada a la percepción subjetiva de la naturaleza del estado de crisis.

Caplan citado por Rivera, Luis De (2001) nos explica brevemente el desarrollo de una crisis a través de un proceso fásico que se completa habitualmente en un tiempo inferior a ocho semanas:

Primera fase: Shock o Impacto agudo. Algo ocurre, generalmente de manera súbita, o, por lo menos, eso le parece al sujeto, que se siente afectado profundamente, sin poder evitarlo ni superarlo de la manera habitual en que hace frente a otros problemas. Junto al estrés propio de la situación, se añaden pronto sentimientos de confusión e impotencia, desamparo y desvalimiento. Inicialmente, cada individuo reacciona según sus pautas características de reactividad al estrés, entre las que predominan la ansiedad, la irritabilidad y las manifestaciones psicósomáticas, aunque algunos raros individuos experimentan entusiasmo y aumento de energía,(ob.cit.).

Segunda fase: Desorganización crítica. Cuando todas las estrategias habituales de afrontamiento y resolución de problemas fallan, la tensión emocional aumenta, hasta niveles insoportables. En este estado, diversas actividades pueden ser emprendidas, no para mejorar las cosas o resolver la situación, sino, simplemente, para escapar de ella o para descargar la tensión acumulada. así, no son infrecuentes en esta fase conductas psicopáticas o "fuera de carácter", diversos tipos y grados de abuso de tóxicos, conductas autodestructivas y episodios emocionales bruscos.

Característicamente, el sujeto despliega también actividades de búsqueda de ayuda, que pueden ser apropiadas y bien programadas, o "gritos de socorro" ineficaces y atropellados. Según empieza a hacerse evidente la insuficiencia de los recursos personales, y su disparidad con las exigencias de la situación,

cada vez se hacen más prominentes sentimientos depresivos de indefensión y fracaso,(ob.cit.).

Tercera fase: Resolución. Entre las múltiples actividades que el sujeto despliega ante el impacto inmediato de la situación, alguna puede tener éxito, y la crisis se resuelve casi sin llegar a plantearse. Pero en el desarrollo típico de una crisis, los primeros intentos de contraataque suelen fallar, y el individuo continúa sintiendo una creciente presión interna por hallar una solución. La urgencia de la situación puede estimular su creatividad, llevándole a descubrir nuevas estrategias de afrontamiento; o bien, puede encontrar nuevas fuentes de ayuda, formar nuevas relaciones o trabajar con profesionales o consejeros varios. Esta fase es el núcleo central de la crisis, en la que se toma una decisión, que puede significar la salida a través de la creación de nuevos recursos personales y de un crecimiento interno apresurado, o, por el contrario, a través de la consolidación de mecanismos maladaptativos de evitación y retraimiento,(ob.cit.).

Cuarta fase: Retirada final. Si la crisis no se resuelve, bien o mal, en las fases anteriores, se llega a la fase final, que parece en cierta forma análoga al estadio de agotamiento de la reacción general de adaptación de Selye. La retirada puede ser total, como a través del suicidio, o parcial, que puede ser interna, como a través de una desorganización,(ob.cit.).

CATECOLAMINAS Y ESTRÉS:

Con todo lo dicho anteriormente, podemos afirmar la importancia de los factores emocionales en la respuesta de estrés, el cual es interpretado por nuestro cuerpo como un estímulo nocivo lo que determina la activación del eje simpático-meduloadrenal, descrita por Cannon, y la del eje hipofiso-corticoadrenal, descrita por Selye. Esto trae como consecuencia la liberación de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) por la médula suprarrenal:

la liberación de catecolaminas por la médula suprarrenal y las terminaciones nerviosas simpáticas.

La corteza suprarrenal produce 3 clases de esteroides:

- Corteza glomerular: mineralocorticoides, aldosterona.
- Corteza fascicular: glucocorticoides, cortisol.
- Corteza reticular: andrógenos: DHEA (dihidroepiandrosterona).

El cortisol es el glucocorticoide primario y regula el metabolismo de la glucosa y la respuesta del cuerpo a la tensión. Durante épocas de tensión, los niveles del cortisol aumentan y aceleran la interrupción de proteínas para proporcionar el combustible para mantener funciones del cuerpo. Ganong W. (2006).

La producción de cortisol por las glándulas suprarrenales se encuentra controlada por la secreción de la hormona ACTH. Esta hormona que se produce en la hipófisis (una glándula localizada en la base del cerebro)

estimula la secreción de cortisol y es por tanto necesaria para que las glándulas suprarrenales funcionen.

A su vez la secreción de ACTH por la hipófisis está regulada por la acción del CRH, una hormona hipotalámica que se ve estimulada por situaciones de estrés. Así pues, existe una conexión entre el sistema nervioso, la hipófisis y las glándulas suprarrenales, Ganong W. (2006) Nelson (2001).

En condiciones normales la secreción de ACTH se produce de forma oscilante o rítmica que se encuentra sincronizada con el ritmo sueño-vigilia, de modo que es máxima por la mañana y mínima a medianoche. A esta variación se le conoce como ritmo circadiano, y nos permite mantener un grado de actividad alto durante el día en contraste con el período nocturno. Cuando el nivel de cortisol de la sangre aumenta desproporcionadamente, la secreción de ACTH disminuye para así ayudar a que el sistema recobre la actividad normal. Si, por el contrario, la concentración de cortisol disminuye la producción de ACTH aumenta para estimular la fabricación de cortisol por las glándulas suprarrenales. Guyton & Hall (2008).

Explicando brevemente el análisis realizado por Rivera, Luis De (1994) en relación a las catecolaminas y el estrés se concluye lo siguiente: la médula de la glándula suprarrenal deriva de la cresta neural y es de hecho parte integral del sistema nervioso, frente al estrés psicosocial ocurre una reacción catecolaminérgica (como neurotransmisor) que consiste en un aumento de catecolaminas circulantes liberadas por la médula suprarrenal y en un aumento de la actividad del sistema nervioso simpático.

Las células cromafines de la médula suprarrenal pueden considerarse como neuronas simpáticas especiales, con su correspondiente innervación preganglionar de fibra colinérgica larga, que en vez de emitir prolongaciones axónicas vierten su contenido catecolamínico directamente en la sangre circulante. Wurtman citado por Rivera, propone denominar a estas células "transductores neuroendocrinos", porque suponen una transición entre los sistemas nervioso y endocrino.

Sin embargo, aunque por mucho tiempo se ha creído que el control neurogénico simpático es el único existente sobre las células cromafines de la médula suprarrenal, Wurtman y Axelrod han demostrado la existencia de un control hormonal, mediante la interacción funcional entre corteza y médula suprarrenales. Así, la actividad del enzima feniletanolamina-n-metiltransferasa (PNMT) es aumentada por los glucocorticoides, elevando de este modo el ritmo de producción de catecolaminas.

Agrega Kopin (1976) también citado por Rivera que por otra parte, la enzima dopamin- β -hidroxilasa (DBH) aumenta en la médula suprarrenal durante el estrés por estímulo tanto de los glucocorticoides como del ACTH. La enzima tirosin-hidroxilasa (TH), en cambio, sólo es influido por el ACTH, no teniendo los glucocorticoides ningún efecto apreciable sobre su actividad. La estimulación neurogénica simpática puede también aumentar la actividad de TH hasta tres veces sobre su nivel de estrés, siendo esta influencia un poco menor sobre el enzima DBH.

La elevación en la actividad de estas enzimas, resultante de una exposición relativamente corta al estrés, puede durar varios días. De la misma manera la secreción de la corteza suprarrenal puede cesar tras un estrés prolongado al llegar a la fase de agotamiento descrita por Selye, en el síndrome general de adaptación, la producción de catecolaminas también puede decaer durante la exposición a un estrés intenso y prolongado. Cuando esto sucede, la resistencia al estrés ha llegado al límite, y si se prolonga sobreviene la muerte, Matheus (1998).

Estudios recientes han comprobado que muchos cambios hormonales en sangre se pueden medir en saliva y que esta pasó a tener ahora entre sus múltiples funciones no solo la lubricación, la solubilización de componentes de la comida, la formación del bolo deglutorio, el inicio de la digestión, el tamponamiento de sustancias ácidas o básicas, la regulación de la temperatura y la higiene oral. Si no la detección de fármacos como anticonvulsivantes, teofilina, salicilatos, digoxina, diversos antiarrítmicos, litio, benzodiazepinas, barbitúricos, amitriptilina, clorpromazina y metadona. Prieto Valtueña, Garrido, Ávila, Beloqui. (2006)

De igual forma que pueden estudiarse y controlarse fármacos según su concentración en saliva, pueden también detectarse y cuantificarse sustancias tóxicas como etanol, anfetaminas etc.

El estudio de anticuerpos anti-VIH en saliva puede ser útil en la detección de esta infección en grupos de riesgo en países en vías de desarrollo. También se ha utilizado la saliva para detectar anticuerpos en infecciones por virus de la

hepatitis A, B y C, parotiditis, enfermedad de Epstein-Barr, rubéola, parvovirus B19, herpesvirus humano 6, rotavirus y *Helicobacter pylori*. En algunos casos también es posible detectar anti-genos virales en saliva, como en el caso de parotiditis, rabia y el citomegalovirus. El análisis de hormonas esteroideas (testosterona, androstenodiona, estriol, etc.) en saliva está ampliamente validado y supone un método simple y poco invasivo de extracción de muestras y estimación de estas hormonas. Se puede de esta forma controlar ciclos de fertilidad, objetivar variaciones debidas a fluctuaciones en la menopausia, hormonas sexuales y marcadores de la ovulación. Prieto Valtueña y otros (2006).

Se han descrito también cambios en la concentración salival de glucosa, fosfatos, sodio, cinc, ácido siálico y distintas enzimas (fosfatasa alcalina, arilsulfatasa, beta-glucuronidasa, etc.). La presencia de un pico preovulatorio (4 días antes de la ovulación) de ácido siálico salival también es un método precoz de predicción de la ovulación.

Agrega Prieto Valtueña que la aldosterona, y en menor medida también el resto de corticoides, condicionan de manera significativa las concentraciones en saliva de sodio y potasio. Por ello, el cociente sodio/potasio en saliva puede utilizarse para el diagnóstico y la monitorización en casos de enfermedad de Addison y síndrome de Cushing.

En casos de estrés en los últimos momentos ha sido muy útil medir niveles de cortisol en saliva el cual se mide procesando la muestra de saliva a través técnica de ELISA (enzyme linked immunoabsorbent assay), Para tal propósito

se utiliza un kit específicamente desarrollado para detección de cortisol en saliva, la técnica que se utilizó en este trabajo fue la ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA...ELEXIS 20-10 la cual será explicada mas adelante, Harper (1976).

PSICONEUROINMUNOLOGÍA:

Desde hace pocos años se ha venido desplegando una nueva disciplina científica denominada Psiconeuroinmunología (PNI). Este campo del conocimiento explora las interconexiones, entre los sistemas nervioso, inmunológico y endocrino. Tanto el sistema inmunológico como los sistemas cardiovascular y nervioso han sido estudiados en forma aislada e incluso como sistemas autónomos, pero es a través de múltiples estudios que se han integrado dichos sistemas, también se han estudiado los efectos del stress sobre la inmunidad o la capacidad de respuesta defensiva del organismo ante los ataques de virus, hongos o bacterias. Hoy en día es conocido que el Sistema Nervioso Central desempeña un significativo papel en la regulación del sistema inmunológico y existe una reciprocidad en el control del cerebro por el Sistema Inmunológico, Castés (1999)

Vidal Gómez (2006) define la Psiconeuroinmunología como el estudio de la interacción entre los sistemas neuroendocrino e inmune, así como el estudio de los cambios conductuales que dicha interacción produce. La interacción es bidireccional es decir, puede ser del sistema neuroendocrino al sistema inmune pero también a la inversa. Sobre la base de las condiciones anteriores

surge la idea de despejar la incógnita de si Influye o no la mente en la susceptibilidad a enfermar o en la facilidad para recuperarse de una enfermedad?

En aquellas enfermedades en donde el sistema inmune juegue un papel de peso como es el caso de infecciones, enfermedades autoinmunes, probablemente el cáncer? La respuesta a la pregunta ha de venir de la psicoimmunología, y hay otras situaciones en las que se da una relación recíproca entre conducta y la inmunidad, para ejemplificar tales consideraciones Vidal Gómez nos explica que:

- El estrés causado por luto, separación marital exámenes académicos etc. puede disminuir la inmunidad, (citados en la presente investigación como Acontecimientos Vitales).
- En algunas enfermedades afectivas (depresiones mayores, psicosis) se producen alteraciones de la inmunidad.
- En el SIDA, las alteraciones conductuales e inmunes se dan íntimamente entremezcladas.
- Ciertas proteínas producidas por el sistema inmune (citocinas) pueden producir alteraciones de la conducta (aparición de fiebre, sueño, anorexia, fatiga).

Agrega Vidal Gómez: cada vez se reconoce mas la necesidad de un tratamiento multidisciplinario del paciente y, por tanto, del papel del psicólogo en el tratamiento de las enfermedades crónicas en general, y de origen inmune en particular (como complemento del tratamiento médico).

En el momento actual, la psiconeurinmunología apenas ha suministrado contribuciones clínicas debido a su corto desarrollo) pero potencial enorme.

Solomón (1998) la define como el campo científico transdisciplinario que investiga las interacciones entre el cerebro (mente/conducta) y el sistema inmune y sus consecuencias clínicas. Agrega el autor que fue un Psicólogo el que inventó el término a fines de la década del 70, también es conocida con los términos de neuroinmunomodulación y menos conocida como neuroinmunoendocrinología o, inmunología conductual.

Adicionalmente sus aspectos clínicos se relacionan con el entendimiento de los mecanismos biológicos subordinados por la influencia de factores psicosociales sobre el comienzo y curso de las resistencias inmunológicas y el entendimiento de la inmunología, generada en síntomas psiquiátricos. Estos son básicamente los aspectos científicos que involucra el entendimiento de la compleja interacción de la neuroendocrinología y la inmunología, generadora de redes para el mantenimiento de la salud y la defensa de las enfermedades, (ob.cit.).

Castés (2004) Ha venido analizando en estos últimos años, cómo el estrés modifica la respuesta inmune. Cuando un individuo sufre un estrés emocional, éste puede ser procesado por una vía neuroendocrina, a nivel de la corteza cerebral en el sistema límbico, lo cual activa el eje Hipotálamo-Pituitaria-Adrenal con producción de diversas hormonas, entre ellas la ACTH, la cual

estimula en las glándulas suprarrenales la producción de los glucocorticoides, entre ellos el cortisol.

En este orden de ideas Castés (2004) advierte que todos los experimentos hechos *in vivo* o *in vitro* demuestran que en presencia de cortisol hay supresión de la respuesta inmune, al mismo tiempo los deprimidos crónicos cursan con altos niveles de esta hormona y se enferman más de enfermedades infecciosas y también de cáncer, como lo demuestran muchos estudios epidemiológicos.

Adicionalmente por la vía autonómica, la vía eléctrica, en respuesta a un estrés físico, se producen catecolaminas (adrenalina y noradrenalina). La adrenalina también es un fuerte supresor de la respuesta inmune cuando el estrés es crónico. Este es el tipo de estrés que padecen los ejecutivos, los corredores de bolsa o las personas altamente competitivas, Harven (2006)

Investigaciones realizadas por los Dres. Janine Kiecolt y Ronald Glaser citados por Castés (2004) han demostrado, sin lugar a dudas, el efecto del estrés crónico en la respuesta inmune. Para ello, evaluaron grupos de personas con diversos tipos de estrés crónico: viudos, personas en proceso de separación y divorcio, familiares de pacientes con Alzheimer (estrés familiar importante), pobre relación marital, estrés académico y laboral, así como el desempleo, la violencia y la inseguridad, situaciones todas ellas que pueden producir altos niveles de estrés.

Molina (2009) fiel investigadora de la Psiconeuroinmunoendocrinología, y las relaciones entre emociones y enfermedad, sostiene que, desde tiempos muy remotos se sospechaba la relación entre el sufrimiento físico o emocional y la aparición o exacerbación de enfermedades. Y que no existía suficiente evidencia científica para poder afirmarla. pero en los últimos 25 años las investigaciones en este campo han confirmado, que la interacción entre el psiquismo, el sistema nervioso central y el organismo es mucho más compleja y dinámica de lo que se pensaba; y que los sistemas inmunes, endocrino y nervioso comparten un lenguaje común actuando coordinadamente en el mantenimiento de la homeostasis y la defensa.

Abundando al respecto Molina precisa que hay que profundizar en investigaciones que pretendan explicar los mecanismos fisiopatológicos involucrados en el efecto de las emociones sobre la salud y la enfermedad, a través de responder algunas interrogantes sobre: la psiconeuroinmunología, la respuesta psiconeuroendocrina al estrés, los mediadores cerebrales, los efectos negativos del estrés crónico y la depresión y, finalmente las manifestaciones clínicas o enfermedades relacionadas con el estrés, ya que en el ambiente tan agobiante en que vivimos, estas situaciones están causando estragos en la población mundial.

Como se dijo anteriormente fue Robert Ader un psicólogo que comenzó sus investigaciones hace cerca de 30 años, cuando nadie hablaba del tema porque

aún se consideraba que el sistema inmunológico funcionaba de manera autónoma, por ello Molina (2009) señala que este psicólogo demostró, que se puede condicionar el sistema inmunológico de la misma manera en que se puede condicionar a un perro para que responda ante un sonido, por lo que se agregó la conclusión fácilmente deducible, que si se puede condicionar al sistema inmunológico.

“Que éste, está bajo el control del sistema nervioso y, a su vez, el sistema nervioso está bajo el control de nuestro pensamiento”. Por ello es que cuando Ader enunció que “hay una gran transformación en cómo vemos la relación entre nuestra mente y nuestra buena salud, nuestra mente y la enfermedad”, inició lo que, sin temor a exagerar, podemos calificar como una verdadera revolución en comprensión de lo humano. (ob. cit.).

Se observa claramente que Las investigaciones recientes dan evidencias incuestionables de las interacciones mente-cerebro cuerpo a nivel molecular, celular y del organismo, que pueden impactar sobre la salud y la calidad de vida de los individuos. De acuerdo con los razonamientos que se han venido realizando para comprender la PNIE, es fundamental entender que los tres sistemas -nervioso, endocrino e inmune tienen receptores en células críticas que pueden recibir información por moléculas mensajeras de cada uno de los otros sistemas. Blalock (1984).

Así mismo afirma Molina (2009) que los componentes de la PNIE son los neurotransmisores, las hormonas y las citoquinas que actúan como moléculas

mensajeras y llevan la información entre dichos sistemas. La tarea de los investigadores es especificar las condiciones psiconeuroinmunoendocrinológicas bajo las cuales ocurren ciertas enfermedades, identificar los mecanismos involucrados y desarrollar intervenciones para prevenir las consecuencias negativas normales o reforzar los efectos positivos.

En tal sentido como observación final Camelo (2005) sostiene que parece haber evidencia sustancial acerca de la comunicación bidireccional entre el sistema nervioso y el sistema inmune. Esa comunicación ocurre seguramente por medio de mensajeros químicos. Muchos de ellos son conocidos: hormonas, neurotransmisores y citocinas. Pero, por el momento, entendemos mal los mensajes que transmiten. Ciertos mensajeros del sistema neuroendocrino parecen facilitar (y otros inhibir) las funciones de las células inmunes, pero su especificidad requiere investigación posterior.

También Camelo (2005) agrega que las citocinas (como las IL-1) son potentes activadores del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenales, pero tienen otra enorme variedad de efectos fisiológicos. Igualmente ocurre con las distintas hormonas y, con toda probabilidad, aún están por descubrirse otros neurotransmisores. Toda la literatura sugiere relación entre el sistema inmune y diversos estados psíquicos (o entre sistema inmune y psicopatología), pero las dos preguntas que surgen de esa indiscutible relación permanecen aún sin tener una respuesta satisfactoria: ¿puede el cerebro (y a través de él, la psicología) ejercer una función de control sobre el sistema inmune? y ¿puede el sistema inmune ser causa de la patología psíquica?

SISTEMAS DE HIPÓTESIS

Hipótesis General:

Comprobar si existe o no relación etiopatogénica entre la Estomatitis Aftosa Recurrente y el Estrés, en los pacientes que acuden a la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo.

Hipótesis Causal:

En los pacientes de la muestra estudiada existe una relación directa y concordante entre la presencia de Estomatitis Aftosa Recurrente y la presencia de niveles elevados de Cortisol en saliva, Índice elevados de Reactividad al Estrés, niveles elevados de eventos vitales y síntomas psiquiátricos lo cual de ser demostrado, podría sugerir una relación etiopatogénica

. CAPITULO III

DIMENSIÓN METODOLÓGICA

TIPO Y DISEÑO:

La presente investigación, se realizó en dos momentos un enfoque Cualitativo y un enfoque Cuantitativo en relación al análisis de los datos.

El momento Cualitativo se realizará sobre la base de un diseño de **Estudio de casos**. Específicamente **Diseños de casos múltiples** el cual es considerado como una forma particular de recoger, organizar y analizar datos, por lo cual implica un proceso de indagación que se caracteriza por el examen detallado, comprehensivo, sistemático y en profundidad del caso o de los casos objeto de interés.

El Cuantitativo: con un diseño no experimental. El cual según Hernández S. (2003) es aquel que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, es investigación donde no hacemos variar intencionalmente las variables independientes. Lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos.

Agrega Hernández Sampieri: *que en un estudio no experimental no se construye ninguna situación*, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente por el investigador. En la investigación no

experimental las variables independientes ya han ocurrido y no pueden ser manipuladas, el investigador no tiene control directo sobre dichas variables, no puede influir sobre ellas porque ya sucedieron, al igual que sus efectos

Con respecto al diseño: este es un diseño transeccional- descriptivo. *“Los diseños transeccionales descriptivos tienen como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables”*(ob.cit.).

De acuerdo con Orozco M. (2002) “El modo de investigación descriptiva es uno de los más conocidos y difundidos, puesto que la mayoría de las investigaciones, incluyendo las cualitativas, tienen de una u otra forma un carácter descriptivo”. Por su parte Fidias G. Arias opina en relación al diseño descriptivo en particular que:” Estos estudios miden de forma independiente las variables y aun cuando no se formulen hipótesis, tales variables aparecen enunciadas en los objetivos de investigación” (1999).

Finalmente los estudios transeccionales descriptivos nos presentan un panorama del estado de una o más variables en uno o más grupos de personas, objetos etc. O indicadores en determinado momento.

POBLACION Y MUESTRA

La población blanco del estudio estuvo conformada por los pacientes que acudieron al área de Patología Bucal del Departamento de Estomatoquirúrgica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, durante el período junio 2008 a mayo de 2010. La unidad maestra de análisis estuvo

conformada para la estrategia Cualitativa por 10 pacientes que padecen EAR que conformaron una muestra intencional no probabilística. Para la estrategia Cuantitativa la muestra estuvo conformada por 80 pacientes relativamente equivalentes que padecen EAR, por lo tanto correspondió a una muestra intencional no probabilística. Las muestras no probabilísticas, también llamadas muestras dirigidas, suponen un procedimiento de selección informal. Se utilizan en muchas investigaciones y, a partir de ellas, se hacen inferencias sobre la población. Hernández S. y otros, (2003).

Posterior a la selección de los pacientes a los cuales se les diagnosticó la EAR a través de la historia clínica, se procedió a llenar un formato de consentimiento informado firmado por los mismos (Anexo 1)

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

La caracterización de informantes en la unidad de análisis dependerá básicamente de la caracterización de la EAR como: Aquella ulceración o erosión primaria de la mucosa oral, de color blanco amarillento, rodeada por un halo eritematoso, recurrente y dolorosa localizada en las zonas específicas de la mucosa bucal donde con mayor frecuencia se presentan sin importar la edad o el sexo. La lesión debe estar presente en el momento del examen clínico, sin importar la cantidad de ellas ni el tamaño. Se excluirán los pacientes con cualquier lesión ulcerosa que no cumpla los criterios señalados. Pérez-Tamayo (1987).

MATERIAL Y MÉTODO.

Para el diagnóstico de la EAR, se recurrió al método clínico, procedimiento en el cual se utilizaron los materiales siguientes: Equipo de examen básico (espejo bucal, pinza algodонера y explorador), guantes, tapabocas, baja lengua, servilletas, lápiz de grafito, lápiz bicolor, ficha de recolección de datos la cual contiene datos socio epidemiológicos (nombre y apellido, edad, sexo, raza, fecha y lugar de nacimiento) y datos de la lesión (naturaleza, forma, color, superficie, consistencia, implantación). Así mismo se utilizó la historia clínica del centro, el consentimiento informado de los padres, representantes y/o responsables en caso de menores de edad, Cediell A, Cifuentes A (2007).

Además para la estimación y determinación de los niveles de estrés se utilizó al método indirecto a través de instrumentos impresos y al análisis de laboratorio para establecer indicadores endocrinológicos.

TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Los instrumentos de recolección de la información pertinentes al estudio que se aplicó a los pacientes son: la historia clínica, el cuestionario **"Índice de reactividad al estrés"**, **"ÍNDICE DE EVENTOS DE VIDA"** también llamado **"TEST HOLMES Y RAHE"**, **EL CUESTIONARIO SCL-90-R**. (Anexos 2, 3, 4 y 5) que explicaremos mas adelante.

Además, se tomó una muestra de 3 ml de saliva para medir los niveles de cortisol. (En el momento de la fase aguda de la enfermedad, etapa en la que

comienzan las lesiones y la sintomatología es intensa, y luego en el momento en que desaparecen las lesiones y no hay sintomatología o lo que es llamado, fase de remisión de la enfermedad).

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El diagnóstico de la EAR se basa fundamentalmente en la anamnesis y el examen clínico de la lesión pero debe siempre tenerse en mente la posibilidad de una enfermedad sistémica de base, que condiciona la aparición de las aftas Marx (2003).

No existen pruebas de laboratorio específicas para diagnosticar la enfermedad, por lo tanto un buen examen clínico y un detallado interrogatorio son generalmente suficientes para establecer un adecuado diagnóstico positivo y diferencial. Debido a esto se realizó una historia clínica para diagnosticar la EAR y así seleccionar la muestra, de esta manera se determinó la distribución de los pacientes a estudiar por género, y se categorizó la forma clínica de EAR en la cavidad bucal de los pacientes. Ceccotti (2007), Argente (2008).

Para determinar los niveles de cortisol en saliva se utilizó el método de ELECTROQUIMIOLUMINICENCIA-ELEXIS 20-10, esta técnica está basada en una reacción quimioluminiscente en la que se generan especies altamente reactivas en la superficie de un electrodo a partir de precursores estables. Es utilizada en los laboratorios de bioanálisis para realizar gran cantidad de exámenes, entre ellos la determinación de Cortisol en saliva.

Para la determinación del perfil psicológico del estrés se utilizó una completa batería de test entre los cuales se incluyeron los siguientes:

El cuestionario **Índice de Reactividad al Estrés de González de Rivera (IRE)**: está constituido por 32 ítems, que se corresponden con respuestas que el autor clasifica en cuatro escalas distintas, y que a la vez son un conjunto de pautas habituales de respuesta cognitiva, emocional, vegetativa y conductual (motor) ante situaciones percibidas como potencialmente nocivas, peligrosas o desagradables, mide un factor interno de estrés, es decir, una variable propia del individuo que condiciona los efectos de los factores externos de estrés. Rivera, Luis De (1990).

“ÍNDICE DE EVENTOS DE VIDA” también llamado “TEST DE HOLMES” elaborado por los Dres. Thomas HOLMES y Richard RAHE permite de manera simple y rápida, incluso mediante la auto administración, realizar la determinación estadística del estrés producido por los cambios de vida y el riesgo potencial de presentar enfermedades o alteraciones de la salud dentro de los próximos 24 meses.

Es decir, que de acuerdo con los resultados obtenidos en esta prueba un individuo dispone de información específica sobre la cual trabajar en cuanto al cambio de conductas, hábitos y/o reformulación de objetivos y prioridades a efectos de disminuir la propensión de la que hablábamos Rivera, Luis De (1990).

El otro test empleado fue el cuestionario **SCL-90-R** el cual es un cuestionario auto administrado, una de las principales ventajas asociadas al uso del SCL-

90-R es que, aunque su realización requiere tan sólo entre 10 y 15 minutos, aporta un perfil multidimensional de síntomas, el entrevistador no puede de alguna manera influir en la veracidad de la respuesta.

Se ahorra tiempo profesional, ya que tanto la administración como la corrección del instrumento pueden ser llevadas a cabo por ayudantes. Esto se traduce en que se pueden hacer estudios epidemiológicos a gran escala, informan inmediatamente al clínico de la opinión del paciente sobre su estado, con todos sus sesgos lo cual es sumamente importante para el desarrollo posterior del tratamiento.

También puede ser aplicado como una medida estandarizada periódica de la evolución clínica de un paciente en tratamiento. Por otra parte, como la expresión externa de sufrimiento psíquico no es igual en todas las culturas, es preciso validar específicamente el instrumento para cada nueva cultura en la que se pretende su aplicación, Rivera (2002).

CAPITULO IV

RESULTADOS

ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS DATOS

ESTUDIO DE CASOS

REPORTE DEL CASO 1

Se trata de paciente femenina de 18 años de edad natural y procedente de Valencia, Edo. Carabobo-Venezuela ocupación estudiante, quien acudió a la consulta del área de Patología Bucal de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo. Valencia-Venezuela en junio de 2008, teniendo como motivo de consulta: "llaguitas en la boca".

En ese momento, refiere inicio de su enfermedad actual hace aproximadamente 3 días, refiere 2 lesiones a nivel de la región posterior de la mucosa bucal derecha, dichas lesiones de inicio insidioso, dolor punsante de intensidad moderada se exacerban al hablar, acto masticatorio, deglutir, refiere acalmia al suministro de analgésicos sin supervisión médica, motivo por el cual asiste a la consulta para su valoración y tratamiento.

Antecedentes personales: No refiere.

Antecedentes familiares: madre viva, aparentemente sana; padre vivo HTA controlado; una hermana de 16 años, un hermano de 12 años sanos.

Al examen físico, la paciente presentó buenas condiciones generales.

En relación a los hábitos: la paciente refirió morderse los labios y las mejillas, sobre todo en los momentos en que está nerviosa.

Al examen clínico bucal se observó: tejidos duros sin lesión aparente, tejidos blandos (cuello- ganglios linfáticos, piel, simetría facial, lengua, paladar, amígdalas, encía sin lesión aparente. Lo más relevante es que concomitante a las dos lesiones aftosas localizadas en el tercio posterior de la mucosa bucal que clínicamente se observan con las características y la sintomatología típica de la EAR, se observa como hallazgo clínico de importancia: lesiones queratósicas que se extienden bilateralmente desde la mucosa interna del labio hasta la mucosa bucal, sobre todo en la zona correspondiente a la oclusión dentaria (línea alba) estas lesiones son compatibles con mordisqueo crónico de la mucosa o morsicatio buccarum, patología descrita por Neville, Damm y Allen (1995).

Como lesión blanquecina localizada con mayor frecuencia en la mucosa bucal aunque también se puede presentar en la mucosa labial y en el borde lateral de la lengua, esta condición tiene una gran prevalencia en pacientes sometidos a un alto grado de estrés y problemas psicológicos. El tipo de EAR según las características clínicas de la lesión es una EAR menor ya que las lesiones son pequeñas, con un diámetro de 0,5 mm a 1 cm, superficiales, con bordes marcados y crateriforme, y presentan una base blanco-amarillenta con un halo eritematoso en la mucosa circundante, Regezi (2008).

Se le realizó el examen de cortisol en saliva: La muestra de saliva fue tomada en la fase aguda de la enfermedad, de manera que los niveles de cortisol sean medidos en el periodo sintomático, el resultado fue: 0.67 ng/ml siendo los valores referenciales normales por el laboratorio entre 0.07-0.43 ng/ml.

ÍNDICE DE REACTIVIDAD AL ESTRÉS

IRE Vegetativo:	2.2
IRE Emocional:	2.6
IRE Cognitivo:	1.6
IRE Conductual:	2.8
IRE total:	2.3

Se aplicó el Test de Estrés para medir el “**índice de reactividad al estrés**”: el IRE total es de 2.3 se considera como definitivamente demasiado alto.

Se aplicó el test de Holmes que mide el “**Índice de eventos de vida**” se obtuvo como resultado 48 este resultado está comprendido entre 0-150 lo cual indica que su porcentaje actual de riesgo promedio a enfermar a corto o mediano plazo es de 30%.

Se le aplicó el cuestionario **SCL-90-R**, en relación a los índices globales el resultado fue:

ÍNDICES GLOBALES:

Índice global de gravedad GSI:	2.0
Total de síntomas positivos PST:	80
Índice de Distrés de síntomas positivos PSDI:	2.3

DIMENSIONES SINTOMÁTICAS:

Somatización:	2.0
Obsesión-compulsión:	2.7
Sensibilidad interpersonal:	2.3
Depresión:	2.1
Ansiedad:	2
Hostilidad:	2
Ansiedad fóbica:	2
Ideación Paranoide:	1.6
Psicoticismo:	1.0
Síntomas misceláneos:	2.2

Tratamiento: basándose bibliográficamente en que no se conoce la etiología exacta de la EAR, el tratamiento es empírico, en este caso se prescribió tocamientos de PERIDONT (gluconato de clorhexidina 0.12%) tres veces al día (mientras existan las lesiones, que por lo general duran de 7 a 10 días) como coadyuvante en la inflamación aguda producida por la infección sobreañadida. EQUALIV tab, (valeriana officinalis extracto seco 100,00mg--passiflora incarnata extracto seco 50,00 mg), una tableta dos veces al día, se recomendó como tranquilizante natural.

Se insistió a la paciente en no morderse la mucosa explicándole los efectos nocivos de este hábito y practicar algún deporte de su elección, desarrollar el hábito de caminar en algún parque varias veces por semana y acudir a un centro especializado para una evaluación profesional de manera que reciba tratamiento adecuado y aprenda técnicas de relajación.

Se dio cita para Octubre 2008 para evaluación y luego Enero 2009 para nueva evaluación y ha evolucionado favorablemente, refiere no haber tenido otro episodio de EAR

REPORTE DEL CASO 2

Se trata de paciente femenina de 50 años de edad natural y procedente de Valencia, Edo. Carabobo-Venezuela, de ocupación trabajadora doméstica quien acudió a la consulta del área de Patología Bucal de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo. Valencia-Venezuela en Enero de 2009, teniendo como motivo de consulta: "Dolor en la boca por llagas".

En lo que a historia de enfermedad actual se refiere en ese momento la paciente refirió inicio de las lesiones hace aproximadamente 5 años cuando murió su madre, y ha venido padeciendo de estas lesiones muy dolorosas y que duran varios días desde ese entonces, para el momento del examen presentó 3 lesiones en el borde de la lengua y refirió: que le producen mucho ardor y dolor que se irradia a toda la boca motivo por el cual asiste a la consulta para su valoración y tratamiento. (Es importante resaltar que la paciente refirió estar muy triste por la muerte de un sobrino).

Antecedentes personales:

Quirúrgico: operada de cálculos en la vesícula biliar, cuatro partos normales.

Antecedentes familiares: madre y padre fallecidos, hijos: tres hembras 16, 18,21 años, sanos. Un varón 24 sano.

Al examen físico, el paciente presentó buenas condiciones generales. Refirió padecer de gastritis desde hace aproximadamente 3 años y haber recibido tratamiento para ese momento, el cual no continuó, en el momento de la consulta refirió ardor y dolor estomacal con cierta frecuencia.

En relación a los hábitos: la paciente refiere 2 cigarrillos diarios.

Al examen clínico bucal se observó: a nivel de los tejidos duros, caries de recidiva, ausencias dentarias (paciente portador de prótesis parcial removible superior e inferior). Tejidos blandos (cuello- ganglios linfáticos, piel, simetría facial, paladar, amígdalas, encía sin lesión aparente. A nivel del borde lateral derecho de la lengua se observan 3 exulceraciones de aproximadamente 4mm de diámetro con un halo eritematoso compatibles con EAR menor. Lo confirma la clínica y la sintomatología.

Se le realizó el examen de cortisol en saliva: esta prueba fue realizada lo antes posible de manera que los niveles de cortisol sean medidos en el periodo sintomático, el resultado fue: 0.90 ng/ml siendo los valores referenciales normales por el laboratorio entre 0.07-0.43 ng/ml.

ÍNDICE DE REACTIVIDAD AL ESTRÉS

IRE Vegetativo:	1.66
IRE Emocional:	2
IRE Cognitivo:	1.6
IRE Conductual:	1.4
IRE total:	1.66

Se aplicó el Test de Estrés para medir el “**índice de reactividad al estrés**”:

Esta puntuación del IRE total se considera alta (1.66), pero no tan preocupante.

Se aplicó el test de Holmes que mide el “**Índice de eventos de vida**” se obtuvo como resultado 225 este resultado está comprendido entre 151-299 lo

cual indica que su porcentaje actual de riesgo promedio a enfermar a corto o mediano plazo es de 50%.

Se le aplicó el cuestionario **SCL-90-R**, en relación a los índices globales el resultado fue:

ÍNDICES GLOBALES:

Índice global de gravedad GSI:	1.76
Total de síntomas positivos PST:	50
Índice de Distrés de síntomas positivos PSDI:	3.1

DIMENSIONES SINTOMÁTICAS:

Somatización:	2.16
Obsesión-compulsión:	1.4
Sensibilidad interpersonal:	2.11
Depresión:	1.84
Ansiedad:	1.1
Hostilidad:	2.83
Ansiedad fóbica:	1.57
Ideación Paranoide:	2.33
Psicoticismo:	1.2
Síntomas misceláneos:	1

Nota: es importante resaltar que esta paciente es de muy escasos recursos con un bajo grado de instrucción (primaria incompleta) se le explicó cada ítem para poder responderlo.

Tratamiento: basándose bibliográficamente en que no se conoce la etiología exacta de la EAR, el tratamiento es empírico, en este caso se prescribió tocamientos de una mezcla de DECOBEL solución inyectable (Dexametasona fosfato 4 mg/ml) mezclado con 2 cc de miel en un frasco estéril, se aplica en

las lesiones dos veces al día durante una semana (para evitar efectos colaterales con los esteroides). Se recomienda en este caso los esteroides debido a que las lesiones de esta paciente presentaron en el momento del examen un halo eritematoso muy intenso. EQUALIV tab, (valeriana officinalis extracto seco 100,00 mg. passiflora incarnata extracto seco 50,00 mg), una tableta dos veces al día, por 15 días la próxima evaluación, este medicamento se recomendó como tranquilizante natural.

Se refirió la paciente a un gastroenterólogo debido a la sintomatología antes referida, en esta referencia se le ordenaron varios exámenes entre ellos la prueba de ELISA para detección cuantitativa de IgG específica contra *Helicobacter Pylori*; se refirió a un centro especializado en técnicas de relajación.

Se dio cita para marzo 2009 para evaluación y ha evolucionado favorablemente, refiere no haber tenido otro episodio de EAR

REPORTE DEL CASO 3

Se trata de paciente femenina de 42 años de edad natural de Colombia y procedente de Valencia, Edo. Carabobo-Venezuela, de ocupación bioanalista quien acudió a la consulta del área de Patología Bucal de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo. Valencia-Venezuela en Enero de 2009, teniendo como motivo de consulta: "molestia al comer por llaguitas".

En lo que a historia de enfermedad actual se refiere en ese momento la paciente refirió inicio de la molestia hace aproximadamente tres días le

molesta el calor y el frío y no puede comer, refirió haberse aplicado (bicarbonato con limón) en las lesiones sin sentir mejoría y ha venido padeciendo de episodios similares tres veces al año aproximadamente desde hace diez años, se ha auto medicado analgésicos y no mejora motivo por el cual asiste a la consulta de patología. (Es de especial interés que la paciente está de luto por la muerte de su hermano).

Antecedentes personales:

Hospitalización: por preeclampsia.

Quirúrgico: 1 cesárea.

Antecedentes familiares: madre 76 años HTA y padre 76 años, hijos: 1 varón 10 años sano.

La paciente refirió que su hijo algunas veces se ha quejado de aftas en la boca, agregó la paciente que su papá también en varias ocasiones se ha quejado de llaguitas en la boca esto es un hallazgo clínico de importancia debido a que se han comunicado antecedentes familiares de EAR en alrededor del 40% de los pacientes: la mayor incidencia tiene lugar en hermanos cuyos padres han padecido EAR. Una hipótesis aceptada en la actualidad es que los pacientes susceptibles, con predisposición genética, ante factores predisponentes, infecciosos u otros como el estrés, desencadenan una respuesta autoinmune contra la mucosa bucal. Ceccotti, Sforza (2007)

Al examen físico, el paciente presentó buenas condiciones generales. Refirió Padecer de migraña premenstrual.

En relación a los hábitos: la paciente refiere 2 cigarrillos diarios.

Al examen clínico bucal se observó: a nivel de los tejidos duros: sin lesión aparente Tejidos blandos (cuello- ganglios linfáticos, piel, simetría facial, paladar, amígdalas, encía sin lesión aparente. A nivel de la mucosa bucal en la región retrocomisural y a aproximadamente 2cm de esta lesión en la mucosa labial derecha presentó para ese momento 2 exulceraciones de aproximadamente 2mm de diámetro con un halo eritematoso compatibles con EAR menor. Lo confirma la clínica y la sintomatología.

Se le realizó el examen de cortisol en saliva: esta prueba fue realizada lo antes posible de manera que los niveles de cortisol sean medidos en el periodo sintomático, el resultado fue: 0.83 ng/ml siendo los valores referenciales normales por el laboratorio entre 0.07-0.43 ng/ml.

ÍNDICE DE REACTIVIDAD AL ESTRÉS

IRE Vegetativo:	1.06
IRE Emocional:	1.2
IRE Cognitivo:	2.4
IRE Conductual:	1
IRE total:	1.41

Se aplicó el Test de Estrés para medir el “**índice de reactividad al estrés**”:

El se obtuvo como resultado 1.41, esta puntuación del IRE total se considera demasiado alta.

Se aplicó el test de Holmes que mide el “**Índice de eventos de vida**” se obtuvo como resultado 82 este resultado está comprendido entre 0-150 lo

cual indica que su porcentaje actual de riesgo promedio a enfermar a corto o mediano plazo es de 30%.

Se le aplicó el cuestionario **SCL-90-R**, en relación a los índices globales el resultado fue:

ÍNDICES GLOBALES:

Índice global de gravedad GSI:	0.51
Total de síntomas positivos PST:	29
Índice de Distrés de síntomas positivos PSDI:	1.5

DIMENSIONES SINTOMÁTICAS:

Somatización:	0.5
Obsesión-compulsión:	0.8
Sensibilidad interpersonal:	0.37
Depresión:	0.61
Ansiedad:	0.3
Hostilidad:	1
Ansiedad fóbica:	0.28
Ideación Paranoide:	0.83
Psicoticismo:	0.2
Síntomas misceláneos:	0.28

Tratamiento: basándose bibliográficamente en que no se conoce la etiología exacta de la EAR, el tratamiento es empírico, en este caso se prescribió. tocamientos de PERIDONT (gluconato de clorhexidina 0.12%) tres veces al día (mientras existan las lesiones, que por lo general duran de 7 a 10 días) como coadyuvante en la inflamación aguda producida por la infección EQUALIV tab, (valeriana officinalis extracto seco 100,00mg--passiflora incarnata extracto seco 50,00 mg), una tableta dos veces al día, por 15 días hasta la próxima evaluación, este medicamento se recomendó como

tranquilizante natural también practicar algún deporte de su elección, desarrollar el hábito de caminar en algún parque varias veces por semana y acudir a un centro especializado para una evaluación profesional de manera que reciba tratamiento adecuado y aprenda técnicas de relajación.

REPORTE DEL CASO 4:

Se trata de paciente masculino de 47 años de edad natural de Caracas y procedente de Valencia, Edo. Carabobo-Venezuela, de ocupación docente universitario, quien acudió a la consulta del área de Patología Bucal de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo. Valencia-Venezuela en Diciembre de 2008, teniendo como motivo de consulta: "Tengo un dolor como un tizón en la boca".

En lo que a historia de enfermedad actual se refiere en ese momento el paciente refirió inicio del dolor hace aproximadamente siete días, le molestan los cítricos, alimentos condimentados no puede hablar bien, refirió morderse la mucosa labial y bucal por accidente cuando está alterado emocionalmente por algo y ha venido padeciendo de episodios similares, pero no puede precisar la fecha, refirió malestar general con fiebre y dolor en cuello, motivo por el cual asiste a la consulta de patología.

Antecedentes personales:

Paciente hipertenso controlado. ALTACE tab 10mg (ramipril).

Antecedentes familiares: madre viva sana y padre vivo HAT, hijos: 1 varon 12 años sano. 2 hembras 15y17 sanas

Al examen físico, el paciente presentó buenas condiciones generales.

En relación a los hábitos: refiere 5 cigarros diarios algunas veces.

Al examen clínico bucal se observó: a nivel de los tejidos duros: paciente edéntulo parcial inferior, portador de prótesis parcial inferior, arcada superior sin lesión aparente. Tejidos blandos (cuello, piel, simetría facial, paladar, amígdalas, encía sin lesión aparente, linfadenopatía a nivel submandibular. Al examen clínico de la mucosa bucal se evidencian las lesiones características de la EAR en el borde lateral de la lengua del lado izquierdo de aproximadamente cinco mm de diámetro dando la impresión de que son dos lesiones que se unieron, con un fondo necrótico y un halo bien congestionado, se observa otra lesión con características similares en la región retrocomisural de la mucosa bucal.

Valores de cortisol en saliva: 0.70 ng/ml siendo los valores referenciales normales por el laboratorio entre 0.07-0.43 ng/ml.

ÍNDICE DE REACTIVIDAD AL ESTRÉS

IRE Vegetativo:	2.13
IRE Emocional:	2.8
IRE Cognitivo:	1.4
IRE Conductual:	2.7
IRE total:	2.25

Se aplicó el Test de Estrés para medir el “ **índice de reactividad al estrés**”:

Estas puntuaciones del IRE total se consideran definitivamente demasiadas altas, necesita atención especializada.

Se aplicó el test de Holmes que mide el **"Índice de Eventos de Vida"** se obtuvo como resultado 77 este resultado está comprendido entre 0-150 lo cual indica que su porcentaje actual de riesgo promedio a enfermar a corto o mediano plazo es de 30%.

Se le aplicó el cuestionario **SCL-90-R**, en relación a los índices globales el resultado fue:

ÍNDICES GLOBALES:

Índice global de gravedad GSI:	1.9
Total de síntomas positivos PST:	58
Índice de Distrés de síntomas positivos PSDI:	2.94

DIMENSIONES SINTOMÁTICAS:

Somatización:	2.25
Obsesión-compulsión:	2.08
Sensibilidad interpersonal:	0.88
Depresión:	1.61
Ansiedad:	2.3
Hostilidad:	3.83
Ansiedad fóbica:	1.71
Ideación Paranoide:	1.33
Psicoticismo:	0.1
Síntomas misceláneos:	1.85

Tratamiento: basándose bibliográficamente en que no se conoce la etiología exacta de la EAR, el tratamiento es empírico, en este caso se prescribió: BRUGESIC (Ibuprofeno, grageas de 400mg), 1 gragea 3 veces al día, por 5 días; tocamientos de PERIDONT (gluconato de clorhexidina 0.12%) tres veces al día (mientras existan las lesiones, que por lo general duran de 7 a 10 días) como coadyuvante en la inflamación aguda producida por la infección EQUALIV tab, (valeriana officinalis extracto seco 100,00mg--passiflora

incarnata extracto seco 50,00 mg), una tableta dos veces al día, por 15 días hasta la próxima evaluación, este medicamento se recomendó como tranquilizante natural también practicar algún deporte de su elección, desarrollar el hábito de caminar en algún parque varias veces por semana y acudir a un centro especializado para una evaluación profesional de manera que reciba tratamiento adecuado y aprenda técnicas de relajación.

Nota: este paciente presentó adenitis submandibular debido a esto se prescribió Ibuprofeno de 400mg, durante 5 días, momento en el cual fue evaluado. Se le realizó examen clínico y evolucionó favorablemente las lesiones estaban en proceso de cicatrización y el dolor disminuyó notablemente.

REPORTE DEL CASO 5

Se trata de paciente femenino de 41 años de edad natural de valencia y procedente de valencia, Edo. Carabobo-Venezuela, de ocupación Fisioterapeuta quien acudió a la consulta del área de Patología Bucal de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo. Valencia-Venezuela en Agosto de 2008, teniendo como motivo de consulta: "Ardor bucal, y varias llaguitas en la boca."

En lo que a historia de enfermedad actual se refiere: en ese momento el paciente refirió ardor generalizado de la boca explicó que este ardor comenzó hace aproximadamente 3 años, este mejora o se intensifica sin causa

aparente y desde entonces ha acudido para ser tratada a: Dermatólogo, después del tratamiento y no conseguir resultado, fue referida a un alergólogo, luego a un otorrinolaringólogo, luego de nuevo a otro dermatólogo, a un psiquiatra (refirió la paciente que los medicamentos le producían mucho sueño razón por la cual los suspendió) hasta que en agosto 2008 acudió al odontólogo porque no solo tenía el ardor en toda la boca si no presentaba “Varias llaguitas en la boca” que le producían dolor y molestias para comer etc. Por tal motivo fue referida al área de Patología Bucal de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo. Y así ser evaluada y tratada adecuadamente.

Nota: es relevante el hecho de que en la anamnesis refirió que hacía tres meses había muerto su esposo.

Antecedentes personales: no refiere.

Quirúrgico: dos cesáreas.

Antecedentes familiares: madre viva sana y padre vivo HAT, 2 varones sanos 7-8 años.

Al examen físico: el paciente presentó buenas condiciones generales

En relación a los hábitos: no refiere

Al examen clínico bucal se observó: Tejidos duros: restauraciones defectuosas, el resto sin lesión aparente. Tejidos blandos (cuello, ganglios linfáticos, piel, simetría facial, paladar, amígdalas, encía sin lesión aparente, Al

examen clínico de la mucosa bucal se evidencian las lesiones aftosas en proceso de cicatrización, localizadas una en el borde lateral y anterior de la lengua, y en la superficie ventral de la lengua. Hay que hacer notar que se hizo un examen minucioso de toda la mucosa bucal hasta el istmo de la fauces, y solo se observaron las dos lesiones de aproximadamente 4mm de diámetro.

Esto se considera como un hallazgo clínico de mucha importancia, debido a que la paciente refiere ardor bucal intenso y no hay evidencia clínica, solo las dos lesiones que producen dolor localizado en esa zona, lo anteriormente expuesto y los datos de la historia de la enfermedad actual en donde la paciente refirió haber asistido a varios médicos, nos hizo tener la impresión diagnóstica de Síndrome de Ardor Bucal: (SAB) Es un trastorno que se caracteriza por presentar ardor, dolor, sensibilidad o comezón en la boca, con cierto grado de cronicidad en presencia de una mucosa oral clínicamente normal. Es de destacar que la etiología del SAB se ha relacionado con Factores sistémicos, locales y psicológicos (estrés, depresión, ansiedad, situaciones de duelo etc.) (ob.cit).

Autores como Rojo y Paterson citados por Ceccotti y Sforza (2007). Coinciden

En que el aspecto psicológico (depresión ansiedad) es la característica más relevante como factor predisponente para desarrollar el síndrome. Otras alteraciones psiquiátricas pueden manifestarse a partir de conflictos emocionales como la pérdida de la autoestima, la separación, pérdida de un ser querido, los conflictos familiares o laborales el estrés etc.

Los enfermos suelen tener comportamiento hostil, ser obsesivos, con una marcada reacción emotiva, llanto espontaneo y menor deseo de socialización. (ob.cit).

Valores de cortisol en saliva: 0.90 ng/ml siendo los valores referenciales normales por el laboratorio entre 0.07-0.43 ng/ml.

ÍNDICE DE REACTIVIDAD AL ESTRÉS

IRE Vegetativo:	0.4
IRE Emocional:	1
IRE Cognitivo:	1
IRE Conductual:	0.85
IRE total:	0.81

Se aplicó el Test de Estrés para medir el "**índice de reactividad al estrés**":

Se obtuvo como resultado que estas puntuaciones del IRE total se consideran altas pero no preocupantes.

Se aplicó el test de Holmes que mide el "**Índice de eventos de vida**" se obtuvo como resultado 566 este resultado es mas de 300 lo cual indica que su porcentaje actual de riesgo promedio a enfermar a corto o mediano plazo es de 80%.

Se le aplicó el cuestionario **SCL-90-R**, en relación a los índices globales el resultado fue:

ÍNDICES GLOBALES:

Índice global de gravedad GSI:	0.38
Total de síntomas positivos PST:	33
Índice de Distrés de síntomas positivos PSDI:	1.0

DIMENSIONES SINTOMÁTICAS:

Somatización:	0.5
Obsesión-compulsión:	0.7
Sensibilidad interpersonal:	0.11
Depresión:	0.46
Ansiedad:	0.4
Hostilidad:	0.16
Ansiedad fóbica:	0.14
Ideación Paranoide:	0.5
Psicoticismo:	0.2
Síntomas misceláneos:	0.57

Tratamiento: basándose bibliográficamente en que no se conoce la etiología exacta de la EAR, el tratamiento es empírico: para las lesiones aftosas tocamientos de PERIDONT (gluconato de clorhexidina 0.12%) tres veces al día (mientras existan las lesiones, que por lo general duran de 7 a 10 días) como coadyuvante en la inflamación aguda producida por la infección. Para el ardor de la mucosa se recomendó el uso de la mezcla de BENADRYL (Clorhidrato de Difenhidramina) y XILOCAINA (Anestésico local) en un vehículo como la LECHE DE MAGNESIA (Buches 3 veces al día) esto proporciona alivio y facilita la ingestión de alimentos y líquidos. EQUALIV tab, (valeriana officinalis extracto seco 100,00mg--passiflora incarnata extracto seco 50,00 mg), una tableta dos veces al día, por 15 días hasta la próxima evaluación, este medicamento se recomendó como tranquilizante natural también practicar algún deporte de su elección, desarrollar el hábito de caminar en algún parque varias veces por semana y acudir a un centro

especializado para una evaluación profesional de manera que reciba tratamiento adecuado y aprenda técnicas de relajación.

Nota: Es necesario continuar haciendo exámenes, referir la paciente a: un Inmunólogo, Oftalmólogo para descartar enfermedades como síndrome de Sjögren, Enfermedad de Mikulicz, de manera de confirmar el diagnóstico. Y la causa del síndrome de ardor bucal, y un Psiquiatra para descartar cualquier trastorno de esta índole.

REPORTE DEL CASO 6

Se trata de paciente femenina de 17 años de edad natural y procedente de Valencia, Edo. Carabobo-Venezuela, ocupación estudiante, quien acudió a la consulta del área de Patología Bucal de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo. Valencia-Venezuela en Febrero de 2009, teniendo como motivo de consulta: "Inflamación de las encías y dolor por llaguitas".

En ese momento, refiere inicio de su enfermedad actual: hace aproximadamente 4 días, refiere tener varias lesiones a nivel de la región posterior de la mucosa bucal, y que dichas lesiones son muy dolorosas, este dolor es constante se exacerba con el calor, también presenta lesiones en bermellón (una), y nivel de la piel que rodea los labios (dos), estas lesiones solo ardían un poco. Refirió la madre de la paciente, que la primera vez que tubo esas lesiones fue a los cinco años y esta es la séptima vez que se le presenta en su vida agrega la paciente que estas lesiones se presentan después de ir a la playa, motivo por el cual asiste a la consulta para su valoración y tratamiento.

La impresión diagnóstica basándose en esta sintomatología nos hace pensar en úlceras herpetiformes de EAR esta es la forma menos frecuente.

Antecedentes personales: refirió haber sufrido de gastritis hace dos meses, para realizarle el diagnóstico le fue practicada una endoscopia y el diagnóstico fue gastritis por estrés.

Antecedentes familiares: madre viva sana; padre fallecido en accidente.

Al examen físico, la paciente presentó buenas condiciones generales.

En relación a los hábitos: no refirió

Al examen clínico bucal se observó: tejidos duros: algunas restauraciones defectuosas. Tejidos blandos (cuello-ganglios linfáticos, piel, simetría facial, lengua, paladar y amígdalas sin lesión aparente. A nivel de la región posterior de la mucosa bucal se observa la lesión que consiste en varias úlceras crateriformes superficiales de aproximadamente 1mm de diámetro (en ramillete) rodeadas de un halo eritematoso, concomitante a estas lesiones se observa a nivel de la encía un edema inflamatorio a nivel de la encía marginal que en algunas zonas se extiende hacia la encía adherida sobre todo en el sector antero inferior observándose tejido necrótico a nivel de la encía marginal de los incisivos centrales inferiores.

Estas úlceras crateriformes en ramillete y basándose en el resto de la sintomatología nos hace tener una impresión diagnóstica de úlceras herpetiformes de EAR, esta es la forma menos frecuente.

Las lesiones gingivales dan impresión de ser una gingivitis juvenil.

Valores de cortisol en saliva: 0.57 ng/ml siendo los valores referenciales normales por el laboratorio entre 0.07-0.43 ng/ml.

ÍNDICE DE REACTIVIDAD AL ESTRÉS

IRE Vegetativo:	0.26
IRE Emocional:	1.2
IRE Cognitivo:	1.6
IRE Conductual:	1
IRE total:	1.0

Se aplicó el Test de Estrés para medir el “**índice de reactividad al estrés**”:

Se obtuvo como resultado: el IRE Vegetativo: 0.26, IRE Emocional: 1.2, IRE Cognitivo: 1.6, IRE Conductual: 1, y el IRE total: 1.0; Estas puntuaciones del IRE total se consideran altas pero no preocupantes.

Se aplicó el test de Holmes que mide el “**Índice de eventos de vida**” se obtuvo como resultado 51 este resultado está comprendido entre 0-150 lo cual indica que su porcentaje actual de riesgo promedio a enfermar a corto o mediano plazo es de 30%.

Se le aplicó el cuestionario **SCL-90-R**, en relación a los índices globales el resultado fue:

ÍNDICES GLOBALES:

Índice global de gravedad GSI:	0.28
Total de síntomas positivos PST:	22
Índice de Distrés de síntomas positivos PSDI:	1.18

DIMENSIONES SINTOMÁTICAS:

Somatización:	0.5
Obsesión-compulsión:	0.58
Sensibilidad interpersonal:	0.11
Depresión:	0.15
Ansiedad:	0.4
Hostilidad:	0.33
Ansiedad fóbica:	0.14
Ideación Paranoide:	0.16
Psicoticismo:	0.1
Síntomas misceláneos:	0.57

Tratamiento: basándose bibliográficamente en que no se conoce la etiología exacta de la EAR, el tratamiento es empírico, en este caso se prescribió tocamientos de PERIDONT (gluconato de clorhexidina 0.12%) tres veces al día (mientras existan las lesiones, que por lo general duran de 7 a 10 días) como coadyuvante en la inflamación aguda producida por la infección sobreañadida.

EQUALIV tab, (valeriana officinalis extracto seco 100,00mg--passiflora incarnata extracto seco 50,00 mg), una tableta dos veces al día, se recomendó como tranquilizante natural.

Practicar algún deporte de su elección, desarrollar el hábito de caminar en algún parque varias veces por semana y acudir a un centro especializado para una evaluación profesional de manera que reciba tratamiento adecuado y aprenda técnicas de relajación.

Se refirió la paciente a un gastroenterólogo debido a la sintomatología antes referida, en esta referencia se le ordenaron varios exámenes entre ellos la prueba de ELISA para detección cuantitativa de IgG específica contra *Helicobacter Pyroli*.

Se refirió la paciente a un Periodoncista para su adecuado tratamiento.

Se dió cita para Marzo 2009 para evaluación y ha evolucionado favorablemente, refiere no haber tenido otro episodio de EAR.

REPORTE DEL CASO 7

Se trata de paciente femenina de 20 años de edad natural y procedente de Valencia, Edo. Carabobo-Venezuela ocupación estudiante, quien acudió a la consulta del área de Patología Bucal de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo. Valencia-Venezuela en marzo de 2010, teniendo como motivo de consulta: "tengo úlceras en toda la boca".

En ese momento, refiere inicio de su enfermedad actual a los 6 años, de aparición súbita y presentando las crisis por lo menos dos veces al año las cuales consisten en: lesiones que se extienden a nivel de casi la totalidad de la mucosa bucal, refiere un dolor quemante de intensidad moderada, el cual se irradia hacia la zona ganglionar submandibular y retroauricular, concomitante a este dolor presenta cefaleas. Refiere que el dolor alivia con enjuague bucal y agrava al ingerir alimentos fríos o calientes, estas lesiones son recurrentes, motivo por el cual asiste a la consulta para su valoración y tratamiento.

Antecedentes personales: Inmunológico: Paciente refiere Rinitis alérgica; Gastrointestinal: Gastritis Leve, diagnosticada por gastroenterólogo a través de exámenes complementarios. Psicológico: refiere estrés. Neurológico: refiere cefalea.

Antecedentes familiares: Refiere madre y abuela materna hipertensa; abuelo paterno con (fallecido). ACV

.Al examen físico, la paciente presentó buenas condiciones generales.

En relación a los hábitos: no refiere

Al examen clínico bucal se observó: tejidos duros sin lesión aparente, tejidos blandos (cuello- ganglios linfáticos, piel, simetría facial, paladar, amígdalas, encía sin lesión aparente, a nivel de la mucosa del carrillo del lado izquierdo en el fondo de surco se observa una úlcera, en el borde lateral de la lengua del lado derecho se observa un úlcera al igual que en el piso de la boca. El tamaño de las lesiones oscila entre 0.5 a 0.2 con un halo eritematoso compatibles con EAR menor. Lo confirma la clínica y la sintomatología. Además de ello tomando en cuenta sus antecedentes personales gastroenterológicos en lo referente a gastritis leve nos lleva a analizar las causas de esta condición en donde están involucradas varias causas, como los malos hábitos alimenticios, el estrés, el abuso en el consumo de analgésicos (aspirina, piroxicam, indometacina, etc.) o la infección por *Helicobacter Pylori*, con el dato expuesto anteriormente en los antecedentes psicológicos en donde refiere tener estrés uno de los factores

desencadenantes de la alteración inmunológica que afecta a la mucosa produciendo las úlceras de la EAR

Se le realizó el examen de cortisol en saliva: esta prueba fue realizada en la fase aguda de la enfermedad, de manera que los niveles de cortisol sean medidos en el periodo sintomático, el resultado fue: 1.23 ng/ml siendo los valores referenciales normales por el laboratorio entre 0.07-0.43 ng/ml.

ÍNDICE DE REACTIVIDAD AL ESTRÉS

IRE Vegetativo:	0
IRE Emocional:	0.2
IRE Cognitivo:	0.4
IRE Conductual:	0.8
IRE total:	1.4

Se aplicó el Test de Estrés para medir el "**índice de reactividad al estrés**": el IRE total es de 1.4 se considera como definitivamente demasiado alto.

Se aplicó el test de Holmes que mide el "**Índice de eventos de vida**" se obtuvo como resultado 72 este resultado está comprendido entre 0-150 lo cual indica que su porcentaje actual de riesgo promedio a enfermar a corto o mediano plazo es de 30%.

Se le aplicó el cuestionario **SCL-90-R**, en relación a los índices globales el resultado fue:

ÍNDICES GLOBALES:

Índice global de gravedad GSI:	0.35
Total de síntomas positivos PST:	21
Índice de Distrés de síntomas positivos PSDI:	1.52

DIMENSIONES SINTOMÁTICAS:

Somatización:	0.33
Obsesión-compulsión:	0.6
Sensibilidad interpersonal:	0.11
Depresión:	0.92
Ansiedad:	0.2
Hostilidad:	0.83
Ansiedad fóbica:	0.14
Ideación Paranoide:	0.5
Psicoticismo:	0.1
Síntomas misceláneos:	0.14

Tratamiento: basándose bibliográficamente en que no se conoce la etiología exacta de la EAR, el tratamiento es empírico, en este caso se prescribió tocamientos de PERIDONT (gluconato de clorhexidina 0.12%) tres veces al día (mientras existan las lesiones, que por lo general duran de 7 a 10 días) como coadyuvante en la inflamación aguda producida por la infección sobreañadida. EQUALIV tab, (valeriana officinalis extracto seco 100,00mg--passiflora incarnata extracto seco 50,00 mg), una tableta dos veces al día, se recomendó como tranquilizante natural.

Se recomendó: practicar algún deporte de su elección, desarrollar el hábito de caminar en algún parque varias veces por semana y acudir a un centro especializado para una evaluación profesional de manera que reciba tratamiento adecuado y aprenda técnicas de relajación. Se refirió la paciente

a un gastroenterólogo debido a la sintomatología antes referida, en esta referencia se le ordenaron varios exámenes entre ellos la prueba de ELISA para detección cuantitativa de IgG específica contra *Helicobacter Pylori*.

Se dio cita para septiembre 2010 para evaluación si las lesiones se presentan acudir inmediatamente para nueva evaluación.

REPORTE DEL CASO 8

Se trata de paciente femenina de 34 años de edad natural de Valencia y procedente de Naguanagua, Valencia, Edo. Carabobo-Venezuela ocupación peluquera, quien acudió a la consulta del área de Patología Bucal de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo. Valencia-Venezuela en junio de 2008, teniendo como motivo de consulta: "Por las llaguitas que tengo en la boca".

En ese momento, refiere inicio de su enfermedad actual desde marzo 2007 aproximadamente de comienzo insidioso, refiere 2 lesiones a nivel de la mucosa de ambos carrillos y en el piso de la boca, de fuerte intensidad, y de carácter urente, se agrava con cualquier estímulo y se atenúa espontánea, teniendo como concomitantes queilitis y diarrea crónica intermitente, refiere que el dolor se presenta a cualquier hora del día y dura 10 minutos aproximadamente; hasta el momento no se ha auto medicado ni ha recibido tratamiento.

Antecedentes personales: musculo esquelético: presenta mialgias en extremidades inferiores producto de actividad laboral; ruidos articulares a nivel de ATM derecha e izquierda. Neurológicos: Presenta cefaleas frecuentes y se

automedica AINES, refiere parestesia de las manos. Psicológicos: Sufre de depresión con frecuencia

Cardiovascular: Es hipertensa controlada. Gastrointestinal Presenta diarreas cuando las úlceras en boca se agravan, sufre de gastritis desde el mes de marzo del año 2010 aproximadamente, que trae como consecuencia acidez

Hormonales: Actualmente está bajo medicación para la anticoncepción con Minigynon, es cual comenzó hace 12 años

Obstétricos: A tenido dos embarazos a término, uno en el año 1997 y otro en el año 1998.

Quirúrgicos: Por cesárea en el año 1998. Hospitalizaciones: Fue hospitalizada por ambos partos en el año 1997 y 1998. Hábitos: Toma café dos veces al día, una taza en la mañana y otra en la noche.

Antecedentes familiares: Padre y madre hipertensos controlados.

Al examen físico, la paciente presentó buenas condiciones generales.

En relación a los hábitos: Onicofagia.

Al examen clínico bucal se observó: Lengua saburral, presenta ulcera en Piso de boca de 1cm de diámetro: presenta una úlcera en la región retro comisural de 2 centímetros de diámetro. Desgaste: UD 4.3; 4.2; 4.1; 3.1; 3.2, Dientes ausentes: UD 1.2; 1.1; 2.7; 2.8; 3.8; 3.6; 4.5; 4.2., Restauraciones presentes: UD 1.7; 1.6; 1.5; 1.4; 1.3; 4.3., Restauraciones defectuosas: UD 2.4; 2.5; 2.6, 3.7; 4.6, Irritantes locales: presencia de placa bacteriana

(cuello- ganglios linfáticos, piel, simetría facial, sin lesión aparente. El tamaño de las lesiones oscila entre 1cm a 2cm con un halo eritematoso son compatibles con EAR Mayor. Lo confirma la clínica y la sintomatología, las úlceras aftosas mayores son menos frecuentes y representan la forma más severa de la enfermedad. Clínicamente las úlceras son más profundas, extremadamente dolorosas de 1 a 2 cm de diámetro, y el número varía de una a cinco, permanecen por tres a seis meses o más y pueden causar cicatrices defectuosas residuales. Laskaris, G (2001). Concomitante a la **EAR Mayor** hay una queilitis compatible con queilitis granulomatosa, que consiste en un aumento de tamaño, recidivante o persistente del labio, que muchas veces está asociado con el síndrome de Melkersson-Rosenthal. Consistente en granulomas no caseificantes, edema generalizado y cambios vasculares. Sapp, J (1998).

Además de lo anterior, la paciente refiere que asociado a la EAR presenta diarrea crónica intermitente, por la cual hay que realizarle exámenes complementarios, tomando en cuenta que refiere haber sido diagnosticada de gastritis; es importante resaltar que en algunos pacientes con EAR que presentan lesiones crónicas o episodios tres veces al año o más hay que descartar trastornos sistémicos de los cuales los más comúnmente asociados con lesiones aftosas crónicas y recidivantes son: el síndrome de Behcet y los trastornos con mal absorción gastrointestinal crónica, especialmente la enfermedad de Crohn y la enteropatía sensible al gluten (enfermedad celíaca). Síndromes de malabsorción capaces de producir deficiencias nutricionales de ácido fólico, vitamina B12 etc. También asma crónica, alergias múltiples, se

han hallado correlación con el ciclo menstrual y el estrés; y en pacientes VIH-positivos se ha visto que sufren ataques graves y prolongados de lesiones de tipo aftoso. (ob.cit.).

Del mismo modo, hay que agregar que la paciente refiere estar deprimida (llora todos los días), aspecto que hay que tomar en cuenta en esta investigación ya que la bibliografía consultada hasta ahora considera a el estrés, la depresión y la angustia entre otros, factores desencadenantes o predisponentes en la EAR. Neville (1999)

Se le realizó el examen de cortisol en saliva: esta prueba fue realizada en la fase aguda de la enfermedad, de manera que los niveles de cortisol sean medidos en el periodo sintomático, el resultado fue: 0.99 ng/ml siendo los valores referenciales normales por el laboratorio entre 0.07-0.43 ng/ml.

ÍNDICE DE REACTIVIDAD AL ESTRÉS

IRE Vegetativo:	2.2
IRE Emocional:	2
IRE Cognitivo:	2.4
IRE Conductual:	2.8
IRE total:	2.3

Se aplicó el Test de Estrés para medir el "**índice de reactividad al estrés**": el IRE total es de 2.3 se considera como definitivamente demasiado alto.

Se aplicó el test de Holmes que mide el "**Índice de eventos de vida**" se obtuvo como resultado 196 este resultado está comprendido entre 150-299 lo

cual indica que su porcentaje actual de riesgo promedio a enfermar a corto o mediano plazo es de 50%.

Se le aplicó el cuestionario **SCL-90-R**, en relación a los índices globales el resultado fue:

ÍNDICES GLOBALES:

Índice global de gravedad GSI:	1.71
Total de síntomas positivos PST:	89
Índice de Distrés de síntomas positivos PSDI:	2.75

DIMENSIONES SINTOMÁTICAS:

Somatización:	1.53
Obsesión-compulsión:	2.1
Sensibilidad interpersonal:	1.44
Depresión:	1.49
Ansiedad:	1.8
Hostilidad:	3.73
Ansiedad fóbica:	1
Ideación Paranoide:	3.12
Psicoticismo:	0.81
Síntomas misceláneos:	3

Tratamiento: basándose bibliográficamente en que no se conoce la etiología exacta de la EAR, el tratamiento es empírico, en este caso se prescribió tocamientos de PERIDONT (gluconato de clorhexidina 0.12%) tres veces al día (mientras existan las lesiones, que por lo general duran de 7 a 10 días) como coadyuvante en la inflamación aguda producida por la infección sobreañadida, aplicar tintura de propóleo. EQUALIV tab, (valeriana officinalis extracto seco 100,00mg--passiflora incarnata extracto seco 50,00 mg), una tableta dos veces al día, se recomendó como tranquilizante natural.

Se refirió a un psiquiatra, gastroenterólogo, cirujano maxilofacial (está indicada la biopsia sino mejoran las lesiones en tres semanas).

Se recomienda: desarrollar el hábito de caminar en algún parque varias veces por semana y acudir a un centro especializado para una evaluación profesional de manera que reciba tratamiento adecuado y aprenda técnicas de relajación. Adicionalmente este caso debe ser estudiado y tratado por un equipo multidisciplinario.

REPORTE DEL CASO 9

Se trata de paciente femenina de 52 años de edad natural de Valera estado Trujillo y procedente de San Diego, Edo. Carabobo-Venezuela ocupación educador, quien acudió a la consulta del área de Patología Bucal de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo. Valencia-Venezuela en junio de 2008, teniendo como motivo de consulta: "Aftas que afectan calidad de vida".

En ese momento, refiere inicio de su enfermedad actual hace aproximadamente 20 años, luego desaparecieron y es hace 6 años que aparecieron de nuevo, refiere lesión a nivel de la semimucosa del labio inferior derecho, dicha lesión comenzó como una quemada con un dolor intenso ,se exacerba al hablar, acto masticatorio, deglutir, refiere acalmia sin suministro de analgésicos, y duración de una semana, refiere recurrencia cada mes, motivo por el cual asiste a la consulta para su valoración y tratamiento.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Piel: Refiere dermatitis de contacto Inmunológico: Rinitis al polvo. Boca y

Garganta: xerostomía. Musculo Esquelético: Refiere hernia discal

Neurológicos: Refiere parestesia de mano izquierda

Cardiovascular: refiere ser hipotensa. Gastrointestinal: Refiere colon irritable, gastritis. Hepático: Refiere hígado graso dislipidemia. Psicológico: Refiere ansiedad, estrés. Hormonales: Refiere histerectomía total, tres cirugías en mamas.

Obstétricos: 1 embarazo a término, 1 aborto. Quirúrgicos: Por cesárea en el año 1998. Hábitos: Aprieta los dientes al dormir, se arranca el pelo por épocas, tiene miedo de tener cáncer.

Antecedentes familiares: Padre muerto (cáncer de próstata) y madre viva, aparentemente sana 83 años.

Al examen físico, la paciente presentó buenas condiciones generales.

Al examen clínico bucal se observó: Lengua: saburral, presenta úlcera a nivel de la semimucosa del labio inferior derecho, Desgaste: UD 4.3; 4.2; 4.1; 3.1; 3.2, Restauraciones presentes: UD 1.7; 1.6; 1.5; 1.4; 1.3; 4.3., Restauraciones defectuosas: UD 2.4; 2.5; 2.6, 3.7; 4.6, Irritantes locales: presencia de placa bacteriana.

Al examen clínico bucal se observó: Tejidos blandos (cuello- ganglios linfáticos, piel, simetría facial, lengua, paladar, amígdalas, encía sin lesión

aparente. El tipo de EAR según las características clínicas de la lesión es una EAR menor ya que las lesiones son pequeñas, con un diámetro de 0,5 mm a 1 cm, superficiales, con bordes marcados y crateriforme, y presentan una base blanco-amarillenta con un halo eritematoso en la mucosa circundante. En relación a los antecedentes personales es relevante los siguientes concomitantes:

La paciente refiere rinitis por alergia al polvo el término de *alergia* se refiere a la reactividad inmunológica alterada en la cual suele presentarse una fuerte liberación de histaminas. También refiere en el antecedente gastrointestinal: gastritis y colon irritable el cual además de ser considerado como una alteración funcional del intestino es visto igualmente como una alteración biopsicosocial, dado que en él interactúan diferentes factores como son los cognoscitivos, emocionales, conductuales y fisiológicos. Los primeros incluyen el "comportamiento enfermizo" y "malas técnicas de adaptación a la enfermedad".

Los emocionales en los que se incluye la ansiedad y la depresión son detectados entre un margen del 40 % a 60 % de los pacientes. En torno a estos elementos agregados cabe destacar que la paciente en los antecedentes Psicológicos refiere ansiedad y estrés.

De igual forma están las alteraciones autonómicas que provocan trastornos en la motilidad intestinal, alteraciones en la respuesta neuro-endocrina al estrés. González, M. De Asencio M. (2005) En el orden de las ideas anteriores se suma a estos antecedentes psicológicos el hecho de que la paciente refiere

que se arranca el pelo por épocas (Tricotilomanía) y que tiene miedo de tener cáncer (Carcinofobia o Cancerofobia) y también refiere que aprieta los dientes al dormir, y el estrés puede ser la principal causa del bruxismo.

Se le realizó el examen de cortisol en saliva: Esta prueba fue realizada en la fase aguda de la enfermedad de manera que los niveles de cortisol sean medidos en el periodo sintomático, el resultado fue: 1.25 ng/ml siendo los valores referenciales normales por el laboratorio entre 0.07-0.43 ng/ml.

ÍNDICE DE REACTIVIDAD AL ESTRÉS

IRE Vegetativo:	0.8
IRE Emocional:	2
IRE Cognitivo:	1.2
IRE Conductual:	2
IRE total:	1.5

Se aplicó el Test de Estrés para medir el "**índice de reactividad al estrés**": el IRE total es de 1.5 se considera como definitivamente demasiado alto.

Se aplicó el test de Holmes que mide el "**Índice de eventos de vida**" se obtuvo como resultado 172 este resultado está comprendido entre 150-299 lo cual indica que su porcentaje actual de riesgo promedio a enfermar a corto o mediano plazo es de 50%. Se le aplicó el cuestionario **SCL-90-R**, en relación a los índices globales el resultado fue:

ÍNDICES GLOBALES:

Índice global de gravedad GSI:	1.04
Total de síntomas positivos PST:	51
Índice de Distrés de síntomas positivos PSDI:	1.84

DIMENSIONES SINTOMÁTICAS:

Somatización:	1.33
Obsesión-compulsión:	1
Sensibilidad interpersonal:	1.33
Depresión:	0.92
Ansiedad:	1
Hostilidad:	1.66
Ansiedad fóbica:	0
Ideación Paranoide:	1.66
Psicoticismo:	0.7
Síntomas misceláneos:	1.57

Tratamiento: Basándose bibliográficamente en que no se conoce la etiología exacta de la EAR, el tratamiento es empírico, en este caso se prescribió tocamientos de PERIDONT (gluconato de clorhexidina 0.12%) tres veces al día (mientras existan las lesiones, que por lo general duran de 7 a 10 días) como coadyuvante en la inflamación aguda producida por la infección sobreañadida. Aplicar en la lesión 4 veces al día tintura de PROPOLEO. EQUALIV tab, (valeriana officinalis extracto seco 100,00mg--passiflora incarnata extracto seco 50,00 mg), una tableta dos veces al día, se recomendó como tranquilizante natural.

.Adicionalmente este caso debe ser estudiado y tratado por un equipo multidisciplinario.

REPORTE DEL CASO 10

Se trata de paciente femenina de 29 años de edad natural y procedente de valencia, Edo. Carabobo-Venezuela, de ocupación Ortodoncista quien acudió a la consulta del área de Patología Bucal de la Facultad de Odontología de la

Universidad de Carabobo. Valencia-Venezuela en Enero de 2009, teniendo como motivo de consulta: "fuerte dolor en la boca"

En lo que a historia de enfermedad actual se refiere en ese momento la paciente refirió inicio de las lesiones por primera vez hace 2 semanas, localizadas en la semimucosa labial inferior y otra a nivel retrocomisural derecha, refiere dolor de aparición insidiosa caracterizado por ser intenso, urente, no alivia con nada, y no permite hablar, comer etc. razón por el cual asiste a la consulta para su valoración y tratamiento.

ANTECEDENTES PERSONALES: Piel: Acné, Inmunológico: Refiere rinitis por alergia. Oído, Nariz, Boca y Garganta: Refiere epistaxis. Músculo esquelético niega Neurológicos: Niega Cardiovascular: Refiere ser hipotensa. Gastrointestinal: Refiere diarrea intermitente, acidez, reflujo gástrico, (colon irritable, gastritis) .Hepático: Refiere hepatitis por mononucleosis. Psicológico: Refiere ansiedad, estrés y depresión. Hormonales: Refiere condición fibroquística de mama. Obstétricos: niega.

Quirúrgicos: Cordales. Enfermedades de transmisión sexual: Niega Hospitalizaciones: Niega. Hábitos: aprieta los dientes al dormir, se muerde las mejillas.

Antecedentes familiares: Madre y padre vivos HAT controlado.

Al examen físico, la paciente presentó buenas condiciones generales.

Al examen clínico bucal se observó: Tejidos blandos (cuello-ganglios linfáticos, piel, simetría facial, amígdalas, encía sin lesión aparente. se observó: a nivel

de paladar duro lesión de consistencia dura de 2 cm de diámetro localizado en la línea media del paladar compatible con torus palatino. A nivel de superficie dorsal de lengua se observan zonas eritematosas bien demarcada lisa localizadas y rodeadas de bordes blaquesinos compatible con Lengua Geográfica. Úlceras en la semimucosa del labio inferior y en región retrocomisural derecha, rodeada de un halo eritematoso de un tamaño que varía entre 0.3 a 0.6 mm. lesiones queratósicas que se extienden bilateralmente desde la mucosa interna del labio hasta la mucosa bucal, sobre todo en la zona correspondiente a la oclusión dentaria (línea alba) estas lesiones son compatibles con mordisqueo crónico de la mucosa o morsicatio buccarum. El tipo de EAR según las características clínicas de la lesión es una EAR menor ya que las lesiones son pequeñas, con un diámetro de 0,5 mm a 1 cm, superficiales, con bordes marcados y crateriforme, y presentan una base blanco-amarillenta con un halo eritematoso en la mucosa circundante.

A la luz de la evidencia anterior y continuando con el análisis del examen clínico y los antecedentes personales encontramos como concomitantes en este caso, lo siguiente: Como se acotó anteriormente es una EAR menor aunado a esto presenta Lengua Geográfica patología descrita por Laskaris, G (2001) como frecuente en pacientes con dermatitis atópicas seborreicas y en pacientes con psoriasis, además a nivel de la mucosa bucal presenta lesiones compatibles con mordisqueo crónico de la mucosa o morsicatio buccarum, esta condición como se explicó anteriormente pues también la presenta la paciente del caso número 1, tiene una gran prevalencia en pacientes sometidos a un alto grado de estrés y problemas psicológicos. Según se ha

visto anteriormente esta paciente refirió que aprieta los dientes cuando duerme a esto se le denomina bruxismo de céntrica y está íntimamente ligado con el estrés.

En relación a los antecedentes personales planteados anteriormente se deduce: a nivel Gastrointestinal la paciente refiere Colon Irritable y Gastritis al igual que la paciente del caso número 9, esta condición sin duda alguna amplió el rango de acción del psicólogo clínico ya que a pesar de ser una enfermedad funcional, en la cual existe una inflamación de la mucosa gástrica con posibilidad de afectar las restantes capas del estómago y se ha clasificado siguiendo diferentes criterios : clínicas, histológicos, endoscópicos y patogénicos Giglio y Nicolosi (2000). el aspecto psicológico influye notablemente en la manifestación de esta enfermedad. Y ahondando en estos antecedentes podemos complementar este análisis de igual manera que el caso anterior en el aspecto psicológico la paciente refiere sufrir: Depresión, Ansiedad y estrés.

Se le realizó el examen de cortisol en saliva: esta prueba fue realizada lo antes posible de manera que los niveles de cortisol sean medidos en el periodo sintomático, el resultado fue: 0.70 ng/ml siendo los valores referenciales normales por el laboratorio entre 0.07-0.43 ng/ml.

ÍNDICE DE REACTIVIDAD AL ESTRÉS

IRE Vegetativo:	2
IRE Emocional:	2.4
IRE Cognitivo:	2
IRE Conductual:	2
IRE total:	2.1

Se aplicó el Test de Estrés para medir el **"índice de reactividad al estrés"**:

Esta puntuación del IRE total se considera alta (2.1), pero no tan preocupante.

Se aplicó el test de Holmes que mide el **"Índice de eventos de vida"** se obtuvo como resultado 809 este resultado está comprendido entre 300 o más lo cual indica que su porcentaje actual de riesgo promedio a enfermar a corto o mediano plazo es de 80%.

Se le aplicó el cuestionario **SCL-90-R**, en relación a los índices globales el resultado fue:

ÍNDICES GLOBALES:

Índice global de gravedad GSI:	1.84
Total de síntomas positivos PST:	82
Índice de Distrés de síntomas positivos PSDI:	2.02

DIMENSIONES SINTOMÁTICAS:

Somatización:	2.08
Obsesión-compulsión:	2.1
Sensibilidad interpersonal:	1.55
Depresión:	1.76
Ansiedad:	1.8
Hostilidad:	2.16
Ansiedad fóbica:	1.71
Ideación Paranoide:	1.5
Psicoticismo:	1
Síntomas misceláneos:	2

Nota: es importante resaltar que esta paciente es de muy escasos recursos con un bajo grado de instrucción (primaria incompleta) se le explicó cada ítem para poder responderlo.

Tratamiento: Basándose bibliográficamente en que no se conoce la etiología exacta de la EAR, el tratamiento es empírico, en este caso se prescribió tocamientos de una mezcla de DECOBEL solución inyectable (Dexametasona fosfato 4 mg/ml) mezclado con 2 cc de miel en un frasco estéril, se aplica en las lesiones dos veces al día durante una semana (para evitar efectos colaterales con los esteroides). Se recomienda en este caso los esteroides debido a que las lesiones de esta paciente presentaron en el momento del examen un halo eritematoso muy intenso. EQUALIV tab, (valeriana officinalis extracto seco 100,00 mg. passiflora incarnata extracto seco 50,00 mg), una tableta dos veces al día, por 15 días la próxima evaluación, este medicamento se recomendó como tranquilizante natural.

Se refirió la paciente a un gastroenterólogo debido a la sintomatología antes referida, en esta referencia se le ordenaron varios exámenes entre ellos la

prueba de ELISA para detección cuantitativa de IgG específica contra *Helicobacter Pylori*, se refirió a un centro especializado en técnicas de relajación.

Este caso debe ser evaluado por un equipo multidisciplinario.

RESULTADOS

(ANÁLISIS CUALITATIVO – HISTORIAS CLÍNICAS)

TABLA Nº 1

HALLAZGOS CLINICOS DE ANTECEDENTES PERSONALES

CONCOMITANTES

Caso	Características Demográficas		Forma Clínica	Concomitantes
	Género	edad		
1	Fem.	18	EAR Menor	Morsicatio Buccarum.Depresión
2	Fem.	50	EAR Menor	Gastritis, aprox 3 años.
3	Fem.	42	EAR Menor	Padre e hijo padecen de EAR.Estrés
4	Masc.	47	EAR Menor	Depresión.
5	Fem.	41	EAR Menor	Síndrome de Ardor Bucal.
6	Fem.	17	EAR Herpetiforme	Gastritis, aprox 2 meses. Gingivitis Juvenil.
7	Fem.	20	EAR Menor	Rinitis Alérgica, Gastritis, estrés, Cefaléa
8	Fem.	34	EAR Mayor	Cefaléa ,Gastritis, Severa, Diarrea, Depresión, Onicofagia
9	Fem.	52	EAR Menor	Rinitis alérgica, Colon irritable, Gastritis Tricotilomanía, Carcinofobia, Ansiedad, Estrés.
10	Fem.	28	EAR Menor	Lengua geográfica, Morsicatio Buccarum Bruxismo, Depresión, Ansiedad, estrés, Colón irritable, gastritis.

Fuente: Estrés y su Relación Etiopatogénica con Estomatitis Aftosa Recurrente

Interpretación:

En relación a las características demográficas: la muestra estuvo conformada por 10 pacientes que acudieron al área de Patología Bucal de la facultad de odontología de la Universidad de Carabobo entre los cuales hay 9 pacientes de sexo femenino y 1 paciente de sexo masculino, con edades comprendidas entre 17 años y 52 años como se puede observar en la tabla Nº 1

TABLA Nº 2**Cortisol en saliva - Índice de Reactividad al Estrés - Test de Holmes**

Caso Clínico	Cortisol 0.07-0.43 ng/ml.		IRE-32					Test de Holmes	
	Fase aguda	Fase de remisión	Veg	Cog	Cond	Emo	IRE-32 Total	Valores	%
1	0.67	0.50	2.2	1.6	2.8	2.6	2.3	48	30
2	0.90	0.65	1.66	1.6	1.4	2	1.66	225	50
3	0.83	0.75	1.06	2.4	1	1.2	1.41	82	30
4	0.70	0.40	2.13	1.4	2.7	2.8	2.25	77	30
5	0.90	0.70	0.4	1	0.85	1	0.81	566	80
6	0.57	0.30	0.26	1.6	1	1.2	1.0	51	30
7	1.23	0.47	0	0.4	0.8	0.2	1.4	72	30
8	1.99	0.91	2.2	2.4	2.8	2	2.3	196	50
9	1.25	1.25	0.8	1.2	2	2	1.5	172	50
10	0.70	0.66	2.2	1.6	2.8	2.6	2.3	48	30

Fuente: Estrés y su Relación Etiopatogénica con Estomatitis Aftosa Recurrente

Interpretación:

Como se puede apreciar en los resultados de la medición del cortisol en saliva, la totalidad de los pacientes (100%) objeto de estudio de la investigación, presentan niveles de cortisol en saliva por encima de los valores normales en la fase aguda de la enfermedad, cuyo rango es 0,07 – 0,43 ng/ml. Pero luego en la fase de remisión comienzan a bajar de manera que en algunos casos como en el 4 caso y el caso 6, llegan a estar dentro de valores normales, no siendo así en el caso 9 y 8 que en fase de remisión los valores se mantienen casi igual que en la fase aguda de la enfermedad.

TABLA Nº 3**DIMENSIONES SINTOMÁTICAS**

SCL-90-R	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Índice global de gravedad GSI:	2.0	1.76	0.51	1.9	0.38	0.28	0.35	1.71	1.04	1.84
Total de síntomas positivos PST:	80	50	29	58	33	22	21	89	51	82
Índice de Distrés de síntomas positivos PSDI:	2.3	3.1	1.5	2.94	1.0	1.18	1.51	2.75	1.84	2.02
Somatización:	2.0	2.16	0.5	2.25	0.5	0.5	0.33	1.53	1.33	2.08
Obsesión-compulsión:	2.7	1.4	0.8	2.08	0.7	0.58	0.6	2.1	1	2.1
Sensibilidad interpersonal:	2.3	2.11	0.37	0.88	0.11	0.11	0.11	1.44	1.33	1.55
Depresión:	2.1	1.84	0.61	1.61	0.46	0.15	0.92	1.49	0.92	1.76
Ansiedad:	2	1.1	0.3	2.3	0.4	0.4	0.2	1.8	1	1.8
Hostilidad:	2	2.83	1	3.83	0.16	0.33	0.83	3.73	1.66	2.16
Ansiedad fóbica:	2	1.57	0.28	1.71	0.14	0.14	0.14	1	0	1.71
Ideación Paranoide:	1.6	2.33	0.83	1.33	0.5	0.16	0.5	3.12	1.66	1.5
Psicoticismo:	1.0	1.2	0.2	0.1	0.2	0.1	0.1	0.81	0.7	1
Síntomas Misceláneos	2.2	1	0.28	1.85	0.57	0.57	0.14	3	1.57	2

Fuente: Estrés y su Relación Etiopatogénica con Estomatitis Aftosa Recurrente

Interpretación:

Según los datos suministrados por los pacientes asistidos en el área de patología bucal que son objeto de investigación y que se muestran en la tabla N 3. El síntoma psiquiátrico que prevalece en estos 10 pacientes es el de hostilidad 3.83, e ideación paranoide cuyos puntajes directos son 3.12, le siguen a este síntomas psiquiátricos misceláneos 3, luego de obsesión-compulsión 2.7 sigue sensibilidad interpersonal Y el correspondiente a ansiedad con 2.3, somatización 2.25, depresión con 1.76 ansiedad fóbica 1.71 luego finalmente se observa el síntoma psicoticismo con valores de 1.2

DISCUSIÓN

Este primer momento tiene un enfoque Cualitativo sobre la base de un diseño de casos múltiples, no experimental, una muestra intencional no probabilística, a la muestra les fue aplicada los criterios de inclusión y exclusión explicados anteriormente, al igual que la firma del documento de Consentimiento Informado.

En relación a las características demográficas: la muestra estuvo conformada por 10 pacientes que acudieron al área de Patología Bucal de la facultad de odontología de la Universidad de Carabobo entre los cuales hay 9 pacientes de sexo femenino y 1 paciente de sexo masculino, con edades comprendidas entre 17 años y 52 años como se puede observar. **(Ver Tabla Nº 1)** Es importante hacer notar que aunque la muestra es no probabilística debido a que en el área de Patología Bucal solo se atienden adultos, no se seleccionaron niños.

En el orden de las ideas anteriores, Laskaris, G (2001) sostiene en relación a la edad y el sexo, que la EAR es común usualmente después del sexto año de vida, es más frecuente en la segunda, tercera y cuarta década y las mujeres son más afectadas que los hombres, con un rango de prevalencia de 10 a 30% en la población en general.

Para poder diagnosticar y clasificar las formas clínicas de la enfermedad, se realizó una historia clínica (anexo) y a través de una adecuada anamnesis y de una detallada descripción cronológica y sistematizada historia de la enfermedad actual, en donde se obtuvieron datos relativos a la

sintomatología de la EAR que aunados al minucioso examen clínico realizado y al motivo de consulta que en la totalidad de los casos fue alusivo a la sintomatología dolorosa de las aftas se llegó al diagnóstico siguiente:

Caso 6: paciente femenina de 17 años = EAR de tipo Herpetiforme, Caso 8: paciente femenina de 34 años= EAR de tipo Mayor, el resto de los pacientes padecen de EAR de tipo Menor. **(Ver tabla N° 1)**

Como se puede constatar, siguiendo este orden de ideas que los criterios para el diagnóstico de EAR son: examen clínico, antecedentes y evolución. Boraks, S (2004). Y el diagnóstico se basa en el criterio clínico y se clasifican en menores, mayores y herpetiformes. Laskaris, G (2001). "la EAR menor es la forma clínica de casi todas las lesiones de la EAR." Sapp, P (1998).

En igual forma se estudiaron minuciosamente los Antecedentes Personales y como hallazgo clínico relevante se encontraron los siguientes **concomitantes** Kelley,W (1991)**(ver tabla N° 1).**

Con los datos expuestos en la tabla 1 se puede observar, que los 10 pacientes además de padecer de EAR manifiestan en los antecedentes personales sufrir de: gastritis, (caso 2-6-7-8-9-10) colon irritable, (caso 9 y 10) los cuales son trastornos psicofisiológicos; en este grupo de enfermedades existe una lesión anatómica resultado final de un proceso en el que han intervenido factores psicológicos y biológicos, generalmente desencadenado y exacerbado por circunstancias Estrésantes ambientales. En este tipo de condición existe una clara relación entre el estrés psicológico y el inicio o exacerbación del proceso inflamatorio. González de R, J. (2003).

Refirieron también: Depresión, (caso 1-4-8-10) ansiedad, (caso 9-10) y estrés **(ver tabla Nº 2)**. Estos son manifestaciones patológicas frecuentemente presentes como consecuencia del estrés intolerable.

Amarista y Mata (2002) consideran que la depresión indudablemente es un síndrome (es decir: un conjunto de síntomas ligados entre sí de forma preferencial), cuyos síntomas mantienen una unión más fuerte, de la cual carecen otros síndromes psiquiátricos.

En igual forma definen la ansiedad o angustia como que: aunque es un estado emocional normal y cotidiano en la vida de todos, sin embargo, en ocasiones, este estado se va a presentar de forma patológica, es decir, de manera inexplicable o desproporcionada ante la supuesta causa, produciendo incapacidad y sufrimiento por su intensidad y duración, la ansiedad puede hallarse en el síndrome depresivo y cuando existe modifica la marcha de otros síntomas.(ob.cit.), en tal sentido sea cual fuere la causa: un cambio significativo, un acontecimiento vital Predisponen poderosamente a enfermar.

Además de ello al examen clínico se describieron características clínicas de Morsicatio bucarum, esta condición tiene una gran prevalencia en pacientes sometidos a un alto grado de estrés y problemas psicológicos. Neville, (1995). En cuanto a el Síndrome de Ardor Bucal en el se sugieren múltiples factores etiológicos entre ellos de origen local sistémico y psicológicos, Marques, M. Chimenos, E. (2005) afecta sobre todo a mujeres peri y posmenopáusicas. Ros, N. Chimenos Küstner y otros (2008).

En relación a la Rinitis Alérgica y la Lengua Geográfica (caso 10) ambos son problemas inmunológicos solo que en la etiología y en la exacerbación de la lengua geográfica están involucrados conjuntamente el estrés y situaciones de sobrecargas emocionales resulta oportuno agregar que para identificar la lengua geográfica se han utilizado numerosos términos (glositis migratoria, eritema migratorio, glositis areata migratoria erupción errante de la lengua).

Wood y Goaz (1998) Y no deja de llamar la atención en particular la paciente de 17 años con EAR de tipo Herpetiforme, que al examen clínico presenta gingivitis juvenil; debido a que la Enfermedad Periodontal es una infección con repercusión sistémica que no está limitada a los tejidos que soportan los dientes, Newman (2004). Cabe agregar que recientes investigaciones han intentado relacionar el estrés a la prevalencia, progresión y a la etiopatogenia de la citada enfermedad bucal. Platt, C. (2009).

Tal es el caso de la investigación de Petrelli, G. Y col. (2003) titulada "Papel del estrés en la etiopatogenia de la enfermedad periodontal " Ellos realizaron una amplia revisión bibliográfica y llegaron a la conclusión de que a pesar de que La periodontitis, una de las enfermedades más antiguas y comunes del ser humano, de la cual se pensaba que era una consecuencia inevitable del envejecimiento. Sin embargo, ahora se sabe que no todas las personas y poblaciones tienen el mismo riesgo de desarrollar enfermedad periodontal. unos individuos son más susceptibles que otros está ampliamente reconocido el impacto que produce el estrés agudo y crónico sobre el sistema inmune. El estrés agudo tiene un efecto estimulante sobre este sistema, mientras que en

el caso del estrés crónico (fundamentalmente con depresión) la regulación del sistema inmune podría estar disminuida. De todos modos, existe una variabilidad individual en la respuesta inmunológica al estrés y en la enfermedad periodontal hay indudablemente un proceso inmunológico.

Otro punto interesante fueron las respuestas en relación a los hábitos: Onicofagia, Tricotilomanía, Carcinofobia, (caso 9) y bruxismo (caso 10) el cual tiene una etiología relacionada con el estrés, a propósito de esto, Almeida Carvalho y col. (2008). Realizaron una investigación que tuvo como objetivo evaluar la prevalencia del bruxismo y el estrés emocional en los agentes de la policía brasileña debido a la exposición a situaciones Estrésantes, y para evaluar la relación entre el tipo de trabajo realizado por el agente de la policía y la presencia de bruxismo y el estrés emocional, hicieron un estudio transversal que se llevó a cabo en la Policía Militar del Estado de São Paulo Brasil.

La muestra final incluyó a 394 policías varones (edad media = 35,5 años). El bruxismo se diagnosticó por la presencia de desgaste dental, la sensibilidad dolorosa de los músculos maseteros y temporales y las molestias en la musculatura mandibular al despertar. El Inventario de Síntomas de Estrés (SSI) se aplicó para evaluar el estrés emocional.. Los resultados mostraron una prevalencia del bruxismo del 50,2% y una prevalencia de estrés emocional de 45,7%. Se podría concluir que el estrés emocional se asoció con el bruxismo, independientemente del tipo de trabajo realizado por agentes de policía.

Con respecto a la onicofagia que es el hábito de morderse y masticar con frecuencia las uñas de las manos y la piel periungueal, produciéndose a veces lesiones cutáneas. También se considera como una forma de descarga motora de tensión interna. Mosby (2003). En relación a la tricotilomanía que es un hábito o comportamiento repetido e incontenible dirigido a arrancarse el propio cabello o los vellos de distintas zonas del cuerpo, desde pequeñas pérdidas de cabello hasta calvicie severa. Tanto en niños como en adultos, puede requerir la intervención de profesionales de la psicología para establecer un tratamiento adecuado. (ob. Cit.).

Finalmente la carcinofobia. La fobia es un temor patológico asociada a algún tipo específico de estímulo o situación. El paciente reconoce que su miedo es ilógico y desproporcionado, pues el objeto fóbico no representa un peligro real para él. (ob. Cit.). Cabe decir que estas son patologías de carácter psicológico, Si bien la ansiedad, el estrés o el nerviosismo, tienen la capacidad de activar estos problemas, su causa son estados más profundos.

El autor se propuso explorar en la presente investigación la relación entre el estrés y la EAR y a lo largo de los planteamientos hechos, se puede demostrar en la evaluación de la sintomatología referida por los pacientes en el análisis de las historias clínicas de estos diez casos que si existe relación.

Sucedió lo expresado por Rodríguez Gómez (1996) en su narración sobre Metodología, en donde dice:

“...es propio de los métodos cualitativos el hecho de que durante el proceso de investigación “afloran” las dimensiones y realidades que son relevantes para el tema que se investiga, y no es posible “fijar” tales dimensiones antes de la ejecución de la investigación misma, al modo como se hace con las variables en investigación cuantitativa.”

Y aunque esta búsqueda sistematizada no estuvo enfocada a la extracción de la narrativa y de las carencias o necesidades existenciales de estos 10 pacientes la investigación floreció.

En el orden de las ideas anteriores, y continuando con este análisis de la recolección de datos: se tomó una muestra de saliva a cada paciente de la muestra en estudio para medir los niveles de Cortisol en saliva en el momento de la fase aguda y en la fase de remisión de la enfermedad como se puede mostrar (**ver tabla N° 2**).

En los resultados de la medición de Cortisol en saliva se puede apreciar claramente que la totalidad de los pacientes (100%) objeto de estudio de la investigación, presentan estos niveles, por encima de los valores normales en la fase aguda de la enfermedad, cuyo rango es 0,07 – 0,43 ng/ml. Pero luego en la fase de remisión comienzan a bajar de manera que en algunos casos como en el caso 4 y 6 llegan a estar dentro de valores normales, no siendo así en el caso 9 y 8 que en fase de remisión los valores se mantienen casi igual que en la fase aguda de la enfermedad.

Adicionalmente recolectando datos que nos permitieron conocer la variable estrés se aplicó a los pacientes, el “índice de reactividad al estrés”, “índice de

eventos de vida” también llamado “Test Holmes y Rahe”, el cuestionario SCL-90-R. (Ver tabla). Se registraron los siguientes resultados:

En relación a la medición del “Índice de Reactividad al estrés”. Según se desprende de lo observado en **(ver tabla Nº 2)**. Se puede afirmar que la totalidad de los pacientes objeto de estudio manifiesta una reactividad muy alta en sus diferentes respuestas ante situaciones de estrés.

Es así como la más elevada de ellas es la respuesta de tipo conductual luego le sigue la respuesta de tipo cognitivo, emocional y, finalmente la respuesta vegetativa ante situaciones Estrésantes es la que evidencia valores más bajos en comparación con las otras dimensiones. Es de hacer notar que en cuanto al índice total de reactividad al estrés obtenido de los pacientes estudiados su valor más bajo fue 1.0 el cual es considerado algo alto, pero no preocupante, y el valor más alto fue 2.3 considerado como demasiado alto.

Por su parte y en relación a los Acontecimientos vitales Se puede afirmar según lo señalado en **(ver tabla Nº 2)** la mitad, de los pacientes que acudieron a consulta al área de patología bucal y que conforman la muestra objeto de estudio presentan un riesgo promedio de enfermarse a corto o mediano plazo del 30% debido a que sus índices de eventos de vida son iguales o inferiores a 82. Luego 3 de los pacientes revelan un riesgo del 50% a enfermar en los próximos 24 meses. Asimismo solo 2 pacientes cuyo riesgo promedio de enfermarse a corto o mediano plazo es del 80%.

Finalmente Según los datos suministrados por los pacientes asistidos en el área de patología bucal de la Facultad de Odontología de la Universidad de

Carabobo que son objeto de investigación y que se muestra en la **(ver tabla N° 3)**. El síntoma psiquiátrico que prevalece en estos 10 pacientes es el de hostilidad 3.83, e ideación paranoide cuyos puntajes directos son 3.12, le siguen a este síntomas psiquiátricos misceláneos 3, luego de obsesión-compulsión 2.7 sigue sensibilidad interpersonal Y el correspondiente a ansiedad ambos con 2.3, somatización 2.25, depresión con 1.76, ansiedad fóbica 1.71 luego finalmente se observa el síntoma psicoticismo con valores de 1.2.

RESULTADOS

ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LOS DATOS

TABLA Nº 4
ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS

ELEMENTOS	Mín	Máx	Med	Li	Ls	Desv. Típica	Asim	Curtosis	Coef. de Var
Índice de Reactividad al Estrés Vegetativo	,00	2,70	1,1400	,976	1,30	,7348	,456	-,821	64,04
Índice de Reactividad al Estrés Emocional	,20	3,40	1,4713	1,29	1,64	,7792	,369	,269	53,06
Índice de Reactividad al Estrés Cognitivo	,20	3,20	1,4150	1,24	1,59	,7852	,290	,245	56,03
Índice de Reactividad al Estrés Conductual	,50	2,80	1,4100	1,25	1,56	,6880	,626	,269	48,94
Índice de Reactividad al Estrés Total	,30	2,80	1,3363	1,19	1,48	,6567	,411	,008	49,25
Índice de Eventos de Vida. Test de HOLMES	28,00	809,00	262,48	213,14	311,84	221,75	1,319	,008	84,48
Riesgo Promedio a Enfermar en %	30,00	80,00	51,8750	47,67	56,08	18,89	,415	,009	36,41
Somatización	,25	3,00	1,2844	1,09	1,47	,8379	,282	,008	65,62
Obsesión - Compulsión	,20	3,00	1,3253	1,16	1,49	,7317	,378	,007	55,30
Sensibilidad Interpersonal	,00	2,44	1,0195	0,86	1,18	,7241	,212	,679	70,59
Depresión	,07	1,76	1,3486	1,00	1,70	,661	,227	,611	48,88
Ansiedad	,10	4,16	1,1772	1,00	1,35	,7819	,998	,009	66,10
Hostilidad	,00	4,66	1,4808	1,24	1,73	1,10	,748	,008	74,32
Ansiedad Fóbica	,00	4,33	1,0889	0,84	1,34	,732	1,111	,008	66,97
Ideación Paranoide	,00	3,00	1,2126	1,03	1,39	,801	,412	2,18	66,12
Psicoticismo	,00	2,83	,7924	0,64	0,94	,6678	,893	,008	84,81
Síntomas Misceláneos	,14	3,00	1,2240	1,06	1,38	,7159	,234	,123	58,19
Índice global de Gravedad o Severidad	,20	3,54	1,3183	1,14	1,49	,7918	,214	,127	59,85
Total de respuestas positivas	18,00	89,00	51,9500	46,87	57,02	22,7873	-,101	,008	22,69
Indicador de la intensidad sintomática	,40	3,10	1,7425	1,62	1,87	,5599	-,006	,007	32,18

(Tratamiento de datos de instrumentos aplicados a 80 pacientes)

Fuente: Estrés y su Relación Etiopatogénica con Estomatitis Aftosa Recurrente

TABLA Nº 5
CORRELACIONES SOBRE LOS ÍNDICES DE REACTIVIDAD AL ESTRÉS

	Índice de Reactividad al Estrés Vegetativo	Índice de Reactividad al Estrés Emocional	Índice de Reactividad al Estrés Cognitivo	Índice de Reactividad al Estrés Conductual	Índice de Reactividad al Estrés Total
Índice de Reactividad al Estrés Vegetativo	1,000	,690**	,829**	,665**	,872**
Índice de Reactividad al Estrés Emocional	,690**	1,000	,748**	,786**	,883**
Índice de Reactividad al Estrés Cognitivo	,829**	,748**	1,000	,668**	,899**
Índice de Reactividad al Estrés Conductual	,665**	,786**	,668**	1,000	,857**
Índice de Reactividad al Estrés Total	,872**	,883**	,899**	,857**	1,000

Fuente: Estrés y su Relación Etiopatogénica con Estomatitis Aftosa Recurrente

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

TABLA Nº 6

CORRELACIONES SOBRE LOS SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS

	SOM	OBS	SEM	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSI	ADI	GSI	PST	PSDI
Somatización	1,000	,592*	,759*	,154	,689*	,547*	,785*	,620*	,612*	,700*	,642*	,793*	,657*
Obsesión - Compulsión	,592*	1,000	,631*	,156	,653*	,507*	,488*	,499*	,549*	,742*	,535*	,717*	,590*
Sensibilidad Interpersonal	,759*	,631*	1,000	,044	,729*	,623*	,752*	,765*	,787*	,759*	,740*	,828*	,617*
Depresión	,154	,156	,044	1,000	,096	,067	,094	,157	,230	,134	,148	,142	,036
Ansiedad	,689*	,653*	,729*	,096	1,000	,617*	,636*	,652*	,594*	,667*	,710*	,730*	,592*
Hostilidad	,547*	,507*	,623*	,067	,617*	1,000	,402*	,750*	,470*	,583*	,693*	,537*	,700*
Ansiedad Fóbica	,785*	,488*	,752*	,094	,636*	,402*	1,000	,623*	,637*	,589*	,678*	,753*	,418*
Ideación Paranoide	,620*	,499*	,765*	,157	,652*	,750*	,623*	1,000	,623*	,583*	,763*	,655*	,564*
Psicoticismo	,612*	,549*	,787*	,230	,594*	,470*	,637*	,623*	1,000	,665*	,638*	,740*	,417*
Síntomas Misceláneos	,700*	,742*	,759*	,134	,667*	,583*	,589*	,583*	,665*	1,000	,638*	,782*	,609*
Índice global de Gravedad o Severidad	,642*	,535*	,740*	,148	,710*	,693*	,678*	,763*	,638*	,638*	1,000	,630*	,356*
Total de respuestas positivas	,793*	,717*	,828*	,142	,730*	,537*	,753*	,655*	,740*	,782*	,630*	1,000	,534*
Indicador de la intensidad sintomática	,657*	,590*	,617*	,036	,592*	,700*	,418*	,564*	,417*	,609*	,356*	,534*	1,000

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

* La correlación es significativa al nivel 0.05(bilateral)

Fuente: Estrés y su Relación Etiopatogénica con Estomatitis Aftosa Recurrente

TABLA Nº 7

CORRELACIONES SOBRE ÍNDICE DE REACTIVIDAD AL ESTRÉS-ÍNDICE DE EVENTOS DE VIDA (TEST DE HOLMES) Y LOS SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS

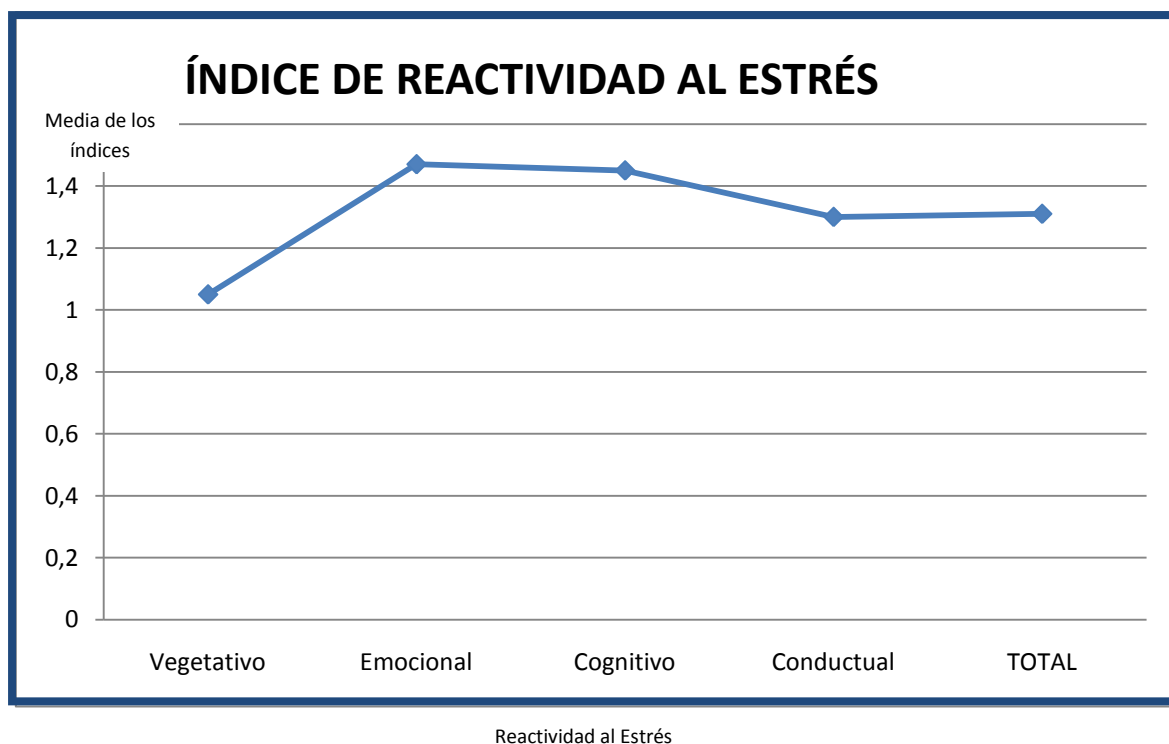
CORRELACIONES

	Índice de Reactividad al Estrés Vegetativo	Índice de Reactividad al Estrés Emocional	Índice de Reactividad al Estrés Cognitivo	Índice de Reactividad al Estrés Conductual	Índice de Reactividad al Estrés Total	Índice de Eventos de Vida. Test de HOLMES	Riesgo Promedio a Enfermar en Porcentaje
Somatización	,185	,194	,109	,428*	,422*	,021	,014
Obsesión - Compulsión	,195	,425*	,406*	,423*	,450*	-,039	-,056
Sensibilidad Interpersonal	,072	,434*	,121	,433*	,417*	,016	,008
Depresión	-,080	-,089	-,141	-,026	-,101	,472*	,170
Ansiedad	,184	,479*	,181	,522*	,506*	,021	,026
Hostilidad	,064	,165	,110	,415*	,418*	,046	,053
Ansiedad Fóbica	,027	,143	,025	,160	,117	-,002	-,054
Ideación Paranoide	,023	,169	,099	,450*	,167	,017	,031
Psicoticismo	,056	,182	,129	,118	,159	,164	,133
Síntomas Misceláneos	,509*	,444*	,437*	,487*	,297*	,084	,048
Índice global de Gravedad o Severidad	-,018	,146	,002	,208	,154	,033	,003
Total de respuestas positivas	,200	,444*	,434*	,429*	,265*	,040	,008
Indicador de la intensidad sintomática	,145	,193	,146	,442*	,224*	,038	,047
Índice de Eventos de Vida. Test de HOLMES	-,082	-,058	-,054	-,035	-,063	1,000	,886**
Riesgo Promedio a Enfermar en Porcentaje	-,053	-,100	-,048	-,105	-,088	,886**	1,000

Fuente: Estrés y su Relación Etiopatogénica con Estomatitis Aftosa Recurrente.

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). * La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

GRÁFICO N° 1



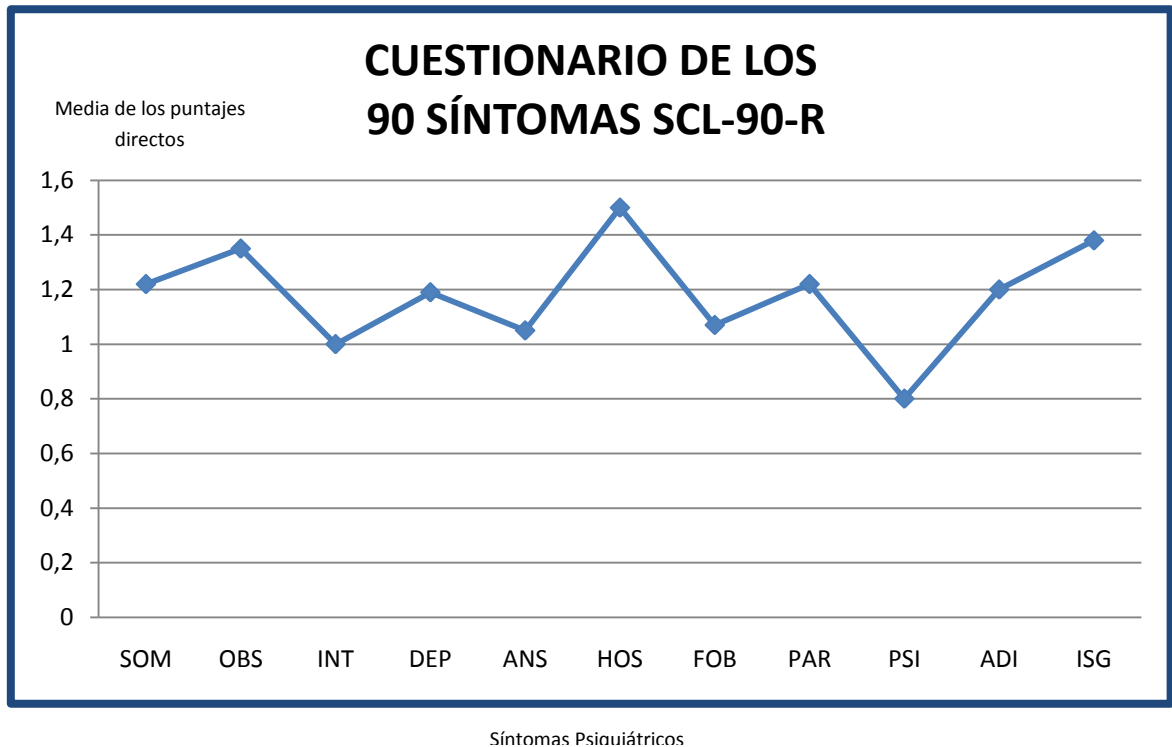
Fuente: Estrés y su Relación Etiopatogénica con Estomatitis Aftosa Recurrente.

Interpretación:

De acuerdo a lo observado en el gráfico N 1 se puede comprobar que los resultados arrojaron un alto nivel de estrés, donde en lo emocional es donde el promedio general es mayor, con 1,47 puntos y una variabilidad media de aproximadamente el 53 % y la distribución de los datos es poco discriminativa porque la curva es leptocúrtica y la mayoría de los casos se encuentran por debajo de la media porque es asimétrica positiva.

También se encontró que en lo vegetativo, cognitivo y conductual los sujetos se comportan de la misma manera; pero en el índice de reactividad total es donde el promedio es menor, aunque al ser superior de 1 y los límites de confianza así lo confirman, el estrés es de nivel alto y definitivamente los pacientes requieren de asistencia y de programas para controlar el estrés.

GRÁFICO N 2



Fuente: Estrés y su Relación Etiopatogénica con Estomatitis Aftosa Recurrente.

Interpretación:

En los datos obtenidos en el gráfico N 2 se evidenció que el mayor promedio fue el obtenido en la obsesión, depresión y la hostilidad, teniendo niveles medias de representatividad en la media aritmética porque el coeficiente de variación es de grado moderado, mientras que el psicoticismo estuvo por debajo de 1 punto y es la menos consistente o más alejada de los pacientes, con un alto nivel de representatividad de la media porque el coeficiente de variación es de grado muy alto.

DISCUSIÓN

El segundo momento de esta investigación es Cuantitativo con un enfoque Empírico Analítico, porque el fin último de esta investigación es controlar o explicar la realidad investigada. Leal, J (2005). De tipo no experimental, en el cual según Hernández S. (2003) no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente por el investigador.

Con respecto al diseño: este es un diseño transeccional - descriptivo. Cabe agregar que Canales citado por Sierra, M (2004). Señala que la investigación Descriptiva está dirigida a determinar "Cómo es" o " Como está" La situación de las variables que deberán estudiarse en una población.(1996) Finalmente como se acotó anteriormente, que los estudios transeccionales descriptivos nos presentan un panorama del estado de una o más variables en uno o más grupos de personas, objetos etc..

La muestra estuvo conformada por 80 pacientes, 63 pacientes del sexo femenino y 17 pacientes del sexo masculino y en edades comprendidas entre 17 y 52 años que acudieron al área de Patología Bucal del Departamento de Estomatoquirúrgica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, durante el período junio 2008 a mayo de 2010. De igual manera fue intencional no probabilística. Posterior a la selección de los pacientes a los cuales se les diagnosticó la EAR a través de la historia clínica, **(Anexo 2)** se le aplicaron los criterios de inclusión y exclusión se procedió a llenar un formato de consentimiento informado firmado por los mismos. **(Anexo 1).**

Se aplicó a los pacientes, el "ÍNDICE DE REACTIVIDAD AL ESTRÉS", (**Anexo 3**). "ÍNDICE DE EVENTOS DE VIDA" también llamado "TEST HOLMES Y RAHE", (**Anexo 4**). El CUESTIONARIO SCL-90-R (**Anexo 5**).

La EAR presenta una elevada tasa de prevalencia entre el 5% y el 20% en la población general, en algunos estudios se han reportado cifras de hasta un 60%. Se ha encontrado una prevalencia mayor entre grupos de más alto estándar socioeconómico, en los años de estudiante (pareciendo que la forma de vida de este colectivo favorece la expresión de la enfermedad en sujetos susceptibles a padecerla).

En los niños la estomatitis aftosa es también la forma más común de ulceración oral, siendo más frecuente entre los 10 y 19 años de edad, y un discreto predominio en el sexo femenino, especialmente en la menopausia; para ambos sexos, es más frecuente en el período de edad que se sitúa entre los 20 y los 50 años, y desaparece a partir de los 70 años. Laskaris,G (2001), Bessa y otros (2004).

Tyldesley, W. R. (1989). También en pacientes que están pronto a entrar en el período climatérico. Es importante hacer notar que aunque la muestra es no probabilística no hay niños debido a que en el área de Patología Bucal solo se atienden adultos.

Como se dijo anteriormente en la presente investigación se trataron 80 pacientes de los cuales 63 fueron del sexo femenino esto se corresponde a un 78.75 por ciento y 17 del sexo masculino esto se corresponde a un 21.25 por ciento y las edades estuvieron comprendidas entre los 17 años y los 52 años

como se puede evidenciar los datos están acordes con los aportados por otras investigaciones y la bibliografía consultada en donde se expone que la EAR se presenta con frecuencia en la segunda tercera y cuarta década de vida y que es más frecuente en el sexo femenino. Laskaris,G (2001) Sapp, P(1998).

Según Reguezi, J (2000). El diagnóstico de la EAR se basa en la anamnesis que refiere el paciente y en las características clínicas de la lesión. Basándose en esta experta afirmación se realizó la selección de la muestra, en la cuál de estos 80 pacientes, se diagnosticaron 72 casos de EAR Menor, 1 caso de EAR Mayor y 1 caso de EAR de tipo Herpetiforme. Así, de la misma manera y de acuerdo con los razonamientos que se han venido realizando, estos datos también están acordes con la bibliografía consultada la cual sostiene que la EAR Menor tiene mayor prevalencia en relación a la EAR Mayor y la EAR Herpetiforme, estas dos últimas se manifiestan en conjunto en menos del 5% de las situaciones. Ceccotti (2007), Sapp, P (1998).

En torno a estos elementos señalados, continuamos analizando, para establecer la relación estadística entre los test aplicados y la EAR: se puede comprobar que los resultados arrojaron un alto nivel de estrés, donde en lo emocional el promedio general es mayor, con 1,47 puntos También se encontró que en lo vegetativo, cognitivo y conductual los sujetos se comportan de la misma manera; pero en el índice de reactividad total es donde el promedio es menor, aunque al ser superior de 1 y los límites de confianza así lo confirman, el estrés es de nivel alto y definitivamente los

pacientes requieren de asistencia y de programas para controlar el estrés.

(Ver Gráfico N 1-Tabla N° 5)

Adicionalmente: En los resultados arrojados en el Test de HOLMES para evaluar el índice de eventos de vida, se observó un promedio de 262,48 puntos con variaciones que pueden ir desde 213,14 puntos hasta 311,84 puntos en pacientes con características similares y encontrándose que la mayoría de los sujetos están por debajo de la media y la distribución es leptocúrtica porque la curtosis es positiva, mientras que la variabilidad entre los datos respecto a la media aritmética es alta en el 84,48% de los casos. Con estos resultados se tiene que el riesgo promedio de enfermarse es de aproximadamente 51,87 por ciento. **(Ver Tabla N 4)**

Abundando al respecto y analizando los resultados del test SCL-90-R En los datos obtenidos se evidenció que el mayor promedio fue el obtenido en la depresión y la obsesión, teniendo niveles medias de representatividad en la media aritmética porque el coeficiente de variación es de grado moderado, mientras que el psicoticismo estuvo por debajo de 1 punto y es la menos consistente o más alejada de los pacientes, Por otra parte, las correlaciones en términos generales fueron de grado alto, positivas y significativas en la mayoría de las combinaciones, por lo tanto quienes fueron evaluados tienen relación significativa a obtener altos niveles en todas las categorías cuando su resultado es alto; es decir que quienes tienen altos niveles, los muestran en todas las categorías evaluadas y quienes tienen bajo puntaje lo tienen en

todas las categorías al nivel de confianza del 99%. **(Ver Gráfico N° 2 - Tabla N° 4 - tabla N° 6 - tabla N° 7)**

Después de las consideraciones anteriores y sintetizando acerca de las correlaciones entre los test y la EAR se expresa lo siguiente: la relación entre los índices de reactividad al estrés con las síntomas psicopatológicas de los pacientes evaluados es más delimitada y no todas se encuentran relacionadas de manera significativa, se destacan por una relación consistente son el Índice de Reactividad al Estrés Vegetativo que está relacionado positivamente con síntomas misceláneos, mientras que los pacientes con bajos niveles en el índice de reactividad al estrés vegetativo tienen bajos niveles en los síntomas misceláneos.

Aquellos pacientes con altos niveles en el índice de Reactividad al Estrés Emocional tienen altos niveles en Obsesión - Compulsión, Sensibilidad Interpersonal, Ansiedad y Síntomas Misceláneos, mientras que los que tienen bajos niveles lo evidencian en todas las variables estudiadas.

Los pacientes que tienen altos índices de Reactividad al Estrés Cognitivo tienen altos niveles en la Obsesión – Compulsión, los Síntomas Misceláneos y el Indicador de la intensidad sintomática. Los que tienen altos niveles en el índice de Reactividad al Estrés Conductual tienen altos niveles en la Somatización, Obsesión – Compulsión, Sensibilidad Interpersonal, Ansiedad, Hostilidad, Ideación Paranoide, Síntomas Misceláneos y el Indicador de la intensidad sintomática. También los que mostraron niveles altos en el índice

de Reactividad al Estrés Total tienen altos niveles en la Somatización, Obsesión – Compulsión, Sensibilidad Interpersonal, Ansiedad, Hostilidad, Ideación Paranoide, Síntomas Misceláneos y el Indicador de la intensidad sintomática.

Aquellos que mostraron altos niveles en el índice de Eventos de Vida a través del Test de HOLMES que mide Riesgo Promedio a Enfermar solo mostraron niveles altos en la Depresión y los que tienen bajos niveles en el índice de Eventos de Vida tienen bajos niveles de depresión; cabe destacar que la depresión no se relaciona con ninguno de los índices de reactividad al estrés.

(Ver Gráfico Nº 2 - Tabla Nº 4 - tabla Nº 6 - tabla Nº 7)

TRIANGULACIÓN

En todo proceso de investigación científica es una condición “sine qua non” la formulación de una interrogante, a la cual se desea responder, bien sea por un método cualitativo el cual es interpretativo, holístico naturalista, o bien sea el paradigma Cuantitativo, positivista, que busca la objetividad del conocimiento. Leal, J (2005) o por un método Mixto.

El presente trabajo estuvo orientado bajo estos dos paradigmas para buscar complementariedad, como consecuencia la investigación se ve desde diversos ángulos por ejemplo: el primer momento de la investigación fue un estudio de casos en donde la muestra objeto de estudio consistió en 10 pacientes con EAR lo cual implicó un proceso de indagación que se caracterizó por un examen detallado, comprehensivo, sistemático y en profundidad de cada uno de los casos, revelando una serie de concomitantes inesperados en estos pacientes que padecen EAR íntimamente relacionados con la variable estrés. **(Ver Tabla N° 1)** Por otra parte el segundo momento fue Cuantitativo con un enfoque Empírico Analítico cuyo fin es controlar o explicar la realidad, aprenderla y dominarla, Giménez (2008).

La muestra consintió en 80 pacientes de los cuales el 78.75 % fueron del sexo femenino y el 21.25% del sexo masculino con edades comprendidas entre 17 años y 52 años, el tipo de EAR que se diagnosticó fue la EAR Menor

(78 pacientes) y EAR Mayor (1 paciente) y EAR Herpetiforme (1 paciente) lo cual constituye el 5%. Todos estos datos están acordes con la bibliografía consultada. Para establecer la vinculación entre cortisol y EAR: se realizaron en la muestra de los 10 pacientes, mediciones de cortisol en saliva en la fase aguda de la EAR y en la fase de remisión de la EAR, estos resultados son alentadores para la investigación debido a que todos los pacientes tuvieron valores altos de cortisol en saliva en la fase aguda de la enfermedad y valores bajos en la fase de remisión. **(Ver Tabla N° 2)**

Se determinó la correlación entre los test y la EAR. Aplicando a las dos muestras: **"Índice de Reactividad al Estrés", "Índice de Eventos de Vida" Y El Cuestionario SCL-90-R** como se puede confirmar **(Ver Tabla N° 2 - Tabla N° 3)**. Los datos fueron desfavorables para los pacientes pero positivos para la investigación: En la muestra de los 10 pacientes se observó un ÍRE de 1 considerado como alto, un Índice de Eventos de Vida "de 30% 50% y 80% por ciento y en el test de SCL-90-R el síntoma psiquiátrico de prevalencia fue: Hostilidad.

Con relación a la muestra de los 80 pacientes: El IRE demostró alto nivel de estrés, el Índice de eventos de vida fue de 50 por ciento y el test de SCL-90-R el síntoma psiquiátrico de prevalencia fue: La depresión y en segundo lugar Obsesión- compulsión. **(Ver Gráfico N° 1 - Gráfico N° 2 - Tabla N° 4 - tabla N° 5 - tabla N° 6 - tabla N° 7)**

De acuerdo con los razonamientos que se han venido realizando, estas apreciaciones nos confirman la complementariedad de los dos enfoques debido a que aunque la muestra de 10 pacientes no es representativa de un universo de pacientes con EAR, la estrategia, cualitativa nos permitió por su cualidad de expresión enriquecer la investigación con datos que no se logran con una investigación Cuantitativa aunque esta, a su vez, a través de instrumentos “válidos y confiables” copia bien la realidad de estudio sin deformarla y es considerada idónea para producir conocimientos objetivos sobre el tema investigado.

hechas las consideraciones anteriores, este análisis permitió al autor determinar ciertas intersecciones a partir de diferentes fuentes informativas o varios puntos de vista del mismo fenómeno y así producir una visión más aproximada de la realidad en estudio, combinando: fuentes de datos, métodos de investigación, en el estudio del Estrés y su relación etiopatogénica con la Estomatitis Aftosa Recurrente. Leal, J (2005)

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

TEORÍA O CONCLUSIÓN

De acuerdo a los **objetivos** planteados en la investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

- En relación a las características demográficas podemos asegurar que los resultados obtenidos están acordes con la bibliografía consultada, la EAR es común usualmente después del sexto año de vida, es más frecuente en la segunda, tercera y cuarta década y las mujeres son más afectadas que los hombres, como se puede verificar en las discusiones tanto del enfoque Cualitativo como en el enfoque Cuantitativo.
- El momento Cualitativo realizó un aporte favorable a la investigación que consistió en Concomitantes como hallazgos clínicos de enfermedades relacionados con aspectos psicosomáticos Y factores Mentales.
- Los niveles de cortisol en saliva son directamente proporcionales a la fase aguda de la EAR. Ya que se pudo observar en los resultados del enfoque Cualitativo que los niveles de cortisol en saliva estuvieron altos en la fase aguda y bajos en etapa de remisión hay que tomar en

cuenta, que la muestra estudiada es de 10 pacientes y no es representativa del universo.

- Tales hallazgos conducen al investigador a concluir: si existe en la EAR una alteración del sistema inmunológico, caracterizada por una respuesta inflamatoria exagerada y mantenida que favorece la formación de las aftas bucales. Y partiendo del hecho de que según los resultados de la aplicación de los test tanto en el enfoque Cualitativo como en el enfoque Cuantitativo los pacientes de las muestras y que padecen EAR, están sufriendo de estrés, con un IRE mayor o igual a 1, considerado como alto, Y tienen un riesgo de 30%, 50%, 80%, a enfermar, tienen síntomas psicopatológicos, además de todo esto tienen los niveles de cortisol en saliva por encima de valores normales, dato que colabora a asegurar que tienen estrés, se podría suponer que esta enfermedad tiene un alto componente psicosomático.
- Se concluye que la **EAR** tiene relación etiopatogénica con el estrés.

RECOMENDACIONES

- Utilizar los resultados reportados en este estudio para iniciar nuevas investigaciones (posible diseño experimental de corte transversal) que correlacionen otras variables con las patologías encontradas y con estos datos poder apoyar la docencia y contribuir al avance de la ciencia.
- La realización de estudios en este país en donde se apliquen ("Índices de eventos de vida", SCL-90-R y "Índice de Reactividad al Estrés") permitirían hacer comparaciones con otras culturas de manera de establecer ítems universales en los que existiría consistencia transcultural.
- Proponer un protocolo de tratamiento médico/odontológico integral que comprenda los factores inmunológicos, psicológicos, existenciales, culturales, sociales, calidad de vida que puedan contribuir a la prevención y tratamiento de esta enfermedad.
- Es importante basar este protocolo de tratamiento en los aspectos mas relevantes de los postulados básicos (enfoque psicosomático) de Lipowsky (1969) citado por Rivera, Luis De (2003). En los cuales se concluye que: la salud y la enfermedad son estados determinados por múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales y no hay una línea clara de demarcación entre los dos.

En ese mismo sentido agregan los postulados que el diagnóstico médico no debe limitarse a la identificación de una entidad clínica particular, sino que debe además considerar la situación total del paciente. Es evidente

entonces que deben tomarse en cuenta los factores psicosociales al planear medidas preventivas y terapéuticas. Y se observa claramente que la psicoterapia puede ser eficaz cuando factores psicológicos contribuyen de manera significativa a la precipitación, mantenimiento o exacerbación de una enfermedad dada en una persona determinada.

Glosa: *"El éxito del diagnóstico, tratamiento y prevención adecuado de la Estomatitis Aftosa Recurrente depende de tomar en cuenta los factores biológicos, psicológicos y sociales del paciente".*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

El libro es fuerza, es valor
Es poder, es alimento; antorcha
del pensamiento y manantial
del amor.

Rubén Darío

- ACOSTA M, Labrador I, (2007). Actualización en el tratamiento de la EAR a través de una revisión bibliográfica .Artículo publicado en la revista de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo (*ODOUS*), Vol 8- Nº1 enero-junio. (2007).
- ALMEIDA CARVALLO, Andréa Lúcia.de, Del Bel Cury, Altair Antoninha. Matueus Rodriguez, Renata Cunha. (2008) Prevalence of Bruxism and Emotional Stress and the Association between them in Brazilian Police Officers. *BRAZILIAN ORAL RESEARCH*, VOL. 22 N.1 Sao Paulo/ Jan./Mar.
- AMARISTA, Félix José. Y Mata Vallenilla, Jesús. (2002). *Psiquiatría Clínica* (primera reimpresión) Editorial DISINLIMED, C.A. Caracas, Venezuela.
- ARGENTE, H. y Álvarez, M. (2008). *Semiología Médica: Fisiopatología, Semiología y Propedéutica: Enseñanza basada en el paciente*. 1 ed. 3ª reimp- Buenos Aires: Médica Panamericana.
- BESSA, P y otros. (2004). Prevalence of Oral Mucosal Alterations in Children from 0 to 12 years old. *Journal of Oral Pathology & Medicine*. Vol 33 Issue 1 pag 17 January. <http://www.blackwell.sinergy.com>. Dia de consulta 30-04-2009
- BLALOCK, JD. (1984). The immune System as a Sensory Organ. *Journal of Immunol*. 132: 1070-1077.
- BORAKS, Silvio. (2004). *Diagnóstico Bucal*. Brasil: Editora Artes Médicas.
- BOUQUOT J (1986) Epidemiology of benign oral mucosal lesions. *Journal American Dental Association* 111:50-57.
- CALANCHE V, Irene y Rivas R, C. (2002). *Manual de Histopatología Básica para Odontólogos*. Mérida-Venezuela: Centro Editorial Litorama. Universidad de los Andes.
- CALATRAVA, Luis (2002) Crecimiento Científico Contemporáneo, Escenario Epidemiológico Actual de las Enfermedades Bucales y Currículo Odontológico. *Acta Odontológica Venezolana*. Vol 40 (Nº 2) Facultad de Odontología. Universidad Central de Venezuela.

- CAMELO R, S M. (2005). Psiconeuroinmunología: breve panorámica. *DIVERSITAS* v.1 (Nº.2) Bogotá
- CANNON, W. (1999). *El Estrés* [Fecha de acceso 17-12-2009] URL disponible en Planeta [Sedna.http://www.portalplanetasedna.com.ar/Estrés.htm](http://www.portalplanetasedna.com.ar/Estrés.htm)
- CASTÉS, M. (1999). ¿Existe Relación entre Las Emociones y La Respuesta Inmune? *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas. Vol 18, Nº 1-2* Centro Nacional de Ciencias Médicas.
- CASTÉS, M. (2004). "Estrés y Respuesta Inmune" *FERMENTUM* : Revista Venezolana de Sociología y Antropología. Nº 39-41 Cátedra de Inmunología
- CAWSON, R. A. Odell E. W. (2009). *Fundamentos de Medicina y Patología Bucal*. Barcelona España: ELSEVIER.
- CECCOTTI, Eduardo Luis. (2007) *El diagnóstico en Clínica Estomatológica*. Buenos Aires: Editorial PANAMERICANA.
- CEDIEL A, R. Y Cifuentes A, C. (2007). *Agilización de la Anamnesis y su Integración con el Examen Físico*. Colombia: Editorial Médica Celsus.
- CHEM CLIN Biochem.(1995). *Cortisol in saliva, reference ranges and relation to cortisol in serum* [Fecha de acceso 12-12-2009] URL disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8845424 ;1995>
- CORRENTI M., (1998). *Estomatitis aftosa recurrente* Facultad de Odontología, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela
- CORRENTI, M. GUTIERREZ, R y PERRONE, M. (2008). *Factores inmunológicos y microbiológicos asociados con la etiología de la estomatitis aftosa recurrente*. Acta odontol. venez, , vol.46, no.4, p.531-538. ISSN 0001-6365.
- DÍAZ CURIEL. (2007). *Acontecimientos vitales Estrésantes: relación con las enfermedades físicas_* [Fecha de acceso 17-12-2009] URL disponible http://www.psiquis.com/art/00_21_n02_A02.pdf
- Ediciones Algivbe (1996).
- DICCIONARIO MÉDICO. (1990) 3ªedición. España: Salvat Editores.
- ESPINOZA, S y col (1999) Patología de la Mucosa Oral en Adultos Mayores. *Revista de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, 17(1)* 23-31. Chile.

- ESPINOZA, S y col (2003) Prevalence of Oral Mucosal Lesion in Elderly People in Santiago de Chile. *Journal of Oral Pathology & Medicine*. Vol 32 Issue 10 pag 571. November
<http://www.blackwell.sinergy.com>. Día de consulta 30-04-2009.
- EVERSOLE, L. (1983). *Patología Bucal. Diagnóstico y Tratamiento*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- EYESON, J y otros (2002). Oral Manifestations of an HIV Positive Cohort in the Era of Highly Active Anti-Retroviral Therapy (HAART) in South London. *Journal of Oral Pathology & Medicine*. Vol 31 Issue 3 pag 169. March <http://www.blackwell.sinergy.com>. Día de consulta 30-04-2009
- FAINBOIM, L. Geffner, J. (2005). *Introducción a la Inmunología Humana*. -5ª ed.- Buenos Aires: Médica Panamericana
- FIDIAS G. Arias (2004) *El Proyecto de Investigación*, Editorial Epísteme, Caracas
- GANONG W. (2006). *Fisiología Médica*, Manual Moderno, XX Edición, México.
- GIGLIO, Máximo J. Nicolosi, Liliana N. (2000). *Semiología en la Práctica de la Odontología*. Impreso en Chile: Mc GRAW-HILL/Interamericana de Chile LTDA.
- GIMENÉZ R,J. (2008). *El Proceso de Investigación*. 2da edición. Venezuela: Cosmográfica, C.A.
- GONZÁLEZ de Rivera Y Revuelta, J. L. Ver : RIVERA, Luis De. (1979). *El Estrés en la Infancia; (En Niños difíciles. Diagnóstico y Tratamiento*. Madrid: Ed. J. Arana Karpos, Págs. 165-193
- GONZÁLEZ de Rivera Y Revuelta, J. L Ver : RIVERA, Luis De. Morera Fumero, Armando; (1983) La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe; *PSIQUIS: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática*, VOL 4, Nº 1, pág. 20-25.
- GONZÁLEZ de Rivera Y Revuelta, J. L; Ver : RIVERA, Luis De. A. Morera y A. L. Monterrey; (1989). El índice de reactividad al estrés como modulador del efecto «sucesos vitales» en la predisposición a la patología médica. *PSIQUIS: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática*, VOL 10, Nº 1, pág. 38-47.

- GONZÁLEZ de Rivera Y Revuelta, J. L, Ver : RIVERA, Luis De. (1994) Estrés, Homeostasis y Enfermedad. *Publicado en Psicología Médica*. Zaragoza: Editor A._Seva, Ino Reproducciones.
- GONZÁLEZ de Rivera Y Revuelta, J. L Ver : RIVERA, Luis De. (2001) Psicoterapia de la Crisis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Julio- Sep pág. 35-53
- GONZÁLEZ de Rivera Y Revuelta, J. L; Ver : RIVERA, Luis De. De las Cuevas, C, Rodríguez -Abuín, M y Rodríguez-Pulido F (2002): *El Cuestionario De Noventa Síntomas adaptación española del Symptom Check List de Derogatis. SCL-90-R*. Madrid: T.E.A. Ediciones,.
- GONZÁLEZ de Rivera Y Revuelta, J. L. Ver : RIVERA, Luis De. (2003). *Medicina Psicosomática*; España: Ediciones Ades
- GONZÁLEZ de Rivera Y Revuelta, J. L Ver : RIVERA, Luis De. (2006); *Crisis Emocionales*; España: Espasa Calpe, S.A.
- GONZÁLEZ, M y De Ascencao, M. *Síndrome De Intestino Irritable. Aspectos Psicológicos. Rfm*. [online]. jun. 2005, vol.28, no.2 [citado 14 Junio 2010], p.139-145. Disponible en la World Wide Web: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692005000200007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0798-0469.
- GORLIN, R.Y GOLDMAN H. (1984). *Thoma Patología Oral*. Barcelona España: Editorial Salvat.
- GUTIERREZ, R. *Maestría de Medicina Estomatológica*, Facultad de Odontología, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.
- GUTIERREZ, D. *Efecto del estrés y del tabaquismo en la estomatitis aftosa recurrente*. [Fecha de acceso 15-12-2009] URL disponible en: <http://www.cybertesis.edu.pe>
- GUYTON & HALL (2008). *Tratado De Fisiología Médica*. Decimoprimera edición. Editorial Elsevier Saunder.
- HARPER, H.A. (1976). *Manual de Química fisiológica*. México: Editorial El Manual Moderno.
- HARVEN, R A. Champe, P C y Ferrier, D R. (2006). *Bioquímica* (3era ed.). México: Editorial Mc Graw Hill Interamericana.
- HARRIS, C y otros (2004) Prevalence of Oral Mucosal Lesions in Alcohol Misusers in South London. *Journal of Oral Pathology & Medicine*. Vol 33 Issue 5 pag 253. May <http://www.blackwell.sinergy.com>. Día de consulta 01-05-2010.

- HERNÁNDEZ, S. R. (2003). *Metodología de la Investigación*. Ciudad de México. México: Mc-Graw-Hill Interamericana.
- INTERAMERICANA EDITORES, S.A.(1997). El estrés en la infancia. *Revista cubana de Estomatología* . vol.34 (N°.2). (jul.-dic. 1997). La Habana.Karpos, Madrid, Págs. 165-193 Página 1 de 13
- JIMÉNEZ, Cecilia y Col (2001) Levantamiento Epidemiológico de las Lesiones Bucles presentes en la Población atendida en el Servicio odontológico del Hospital Eudoro González de la Población de Carayaca en el estado Vargas. *Acta odontológica Venezolana*. Vol. 39.(N° 1). Facultad de Odontología. Universidad Central de Venezuela. Caracas. Venezuela. P 9-12.
- JIMÉNEZ P, C. Kilikan, R. Ramírez, R. (2006). Levantamiento Epidemiológico de Lesiones Patológicas en los tejidos blandos de la Cavidad Bucal de los niños y adolescente del Centro Odontopediátrico de Carapa, parroquia Antímamo, Caracas, Distrito Capital -Venezuela. período mayo - noviembre 2005. *Acta Odontológica Venezolana* - Vol 45 (N° 4) / 2009.
- KELLEY, W (1991) *Medicina Interna*. Buenos Aires Argentina: Editorial Médica Panamericana. p. 999
- LASKARIS, G. (2001). *Patologías de la cavidad bucal en niños y adolescentes* Caracas Venezuela: AMOLCA.
- LAZARDE, J (2000) Lesiones Reactivas de la Cavidad Bucal. *Acta odontológica Venezolana*. Vol. 38. (N° 1.) Facultad de Odontología. Universidad Central de Venezuela. Caracas. Venezuela.
- LAZARUS, R. y Folkman; S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.(Original: 1984).
- LEAL G, Jesús. (2005). *La autonomía del sujeto investigador y la Metodología de Investigación*. Mérida Venezuela: Centro Editorial Litorama.
- MARQUES Soares, MS. ⁽¹⁾ Chímenos Kûster, E. ⁽²⁾ Subirá Pifarré, C. ⁽³⁾ Rodríguez De Rivera Campillo, ME. ⁽⁴⁾ López López, J. ⁽⁵⁾ (2005). Asociación de Síndrome de Boca Ardiente con Xerostomía y Medicamentos. *Medicina Oral y Patología Oral*; Barcelona España: 10:301-8.

- MARX, Robert E. Stern D.(2003) *Oral and Maxilofacial Pathology*. Chicago: Quintessence Publishing Co, INC.
- MATHEUS, C K. Van Holde, K E. (1998). *Bioquímica* (2da Edición). Madrid España: Mc Graw Hill Interamericana.
- MIRET O, O. (1979). *Semiología de la mucosa Bucal*. Valencia Venezuela: Impreso por Repromul S.R.L.
- MIRET, M.A. (1997). *Determinación de Niveles de ICAM-1 e IgA Secretora en Saliva de Pacientes con Estomatitis Aftosa Recurrente*. Tesis de Post-Grado en Dermatología, Publicada en la Universidad de Carabobo.
- MIRET, M.⁽¹⁾. Chacon de Petrola, M.⁽²⁾. Flores, M⁽³⁾. Mérida, Marco T.⁽⁴⁾ Pacheco, Mariela.⁽⁵⁾. (1998). *Determinación de los niveles de icam-1 e IgA secretora en saliva de pacientes con diagnóstico de Estomatitis Aftosa Recurrente*. Valencia_Venezuela:_Publicación del CDCH-UC. Vol.2.N 3.
- MIRET, M.A. (2004). *Calidad de Vida en Pacientes con Estomatitis Aftosa Recurrente*. Trabajo de Ascenso en Facultad de Odontología Universidad de Carabobo. 2004)
- MIRET, M.A.⁽¹⁾ Mérida, M. T.⁽²⁾ Corado, J.⁽³⁾ Vivas, S.⁽⁴⁾ Toro,R.⁽⁵⁾ D`Alessandro,⁽⁶⁾ C. Escalona, C⁽⁷⁾ (2004). Presencia de Citosinas en Estomatitis Aftosa Recurrente. *Medicina Cutánea Ibero-Latino-Amércana*. Vol 32 (Nº 4º), Enero- Febrero. Universidad de Carabobo. Servicio de Dermatología Ciudad Hospitalaria "Dr Enrique Tejera" Venezuela.
- MOLINA.T. (2009). Psiconeuroinmunoendocrinología, Emociones y Enfermedad. una Revisión. *MedULA, Revista de la Facultad de Medicina, Universidad de los Andes*. Vol. 18. Nº 2. Mérida. Venezuela.
- MONTEREY, A. L. González de Rivera, J.L. De las Cuevas, C. Rodriguez-Pulido, F (1991). *El índice de Reactividad al Estrés (IRE) ¿Rasgo o Estado?*. Rev. Psiquiatría, Fac. Med. Barna; 18 (1) pág. 23-27
- MORA DE ORTA, Sioly. Corado, José A. (2003). *Inmunología Actual, Bases Fisiológicas para la Comprensión de las Alteraciones del Sistema Inmunitario*. Valencia Venezuela: Alfa Impresores.
- MOSBY. (2009). Diccionario de Odontología. (2da edición).Barcelona España: ELSEVIER.

- MOSQUEDA, Adalberto y col (1999) *Prevalencia de alteraciones de la mucosa bucal en el adulto mayor. Estudio en dos grupos del sur de la ciudad de México.*
http://cueyatl.uam.mx/temas_selectos/Prevalencia_de_alteraciones.htm
- MUÑOZ G, José F. Rangel C, Antonio.(2000). Inmunología Básica. Mérida: Consejo de Publicaciones- Universidad de los Andes.
- NAVARRO V, C. García M, F. Ochandiano, S. (2008). *Cirugía Oral* . España: ARÁN Ediciones. S. L.
- NELSON, D L. M Cox, M. (2001). *Lehninger. Principios de Bioquímica.* (3era Edición). Barcelona España: Editorial Ediciones Omega.
- NEVILLE Brad W. Damm Douglas D. White Dean K. (1999). *Color atlas of clinical oral pathology.* United States of America: lippincot williams and wilkins.
- NEVILLE, B y col. (1995). *Oral & Maxillofacial Pathology.* United States of America: Editorial W.B Saunders Company.
- NEWMAN, M. Takai, H. Carranza, E. (2004) *Periodontología Clínica.* Mexico: McGraw-Hill Interamericana
- REICHART, Peter. (2000). Oral Mucosal Lesions in Representative Cross-Sectional Study of Aging Germans. *Community Dentistry and Oral Epidemiology.* Vol 28 Issue 5 pag 390. october. .
<http://www.blackwell.sinergy.com>. Dia de consulta 30-04-2009.
- ORAMAS Y COL. (2007). *Acontecimientos Vitales Estresantes: relación con la depresión.* [Fecha de acceso 17-12-2009] URL disponible www.ilustrados.com/publicaciones
- OROZCO, C y col. (2002). *Metodología: Manual Teórico Práctico de Metodología para Tesistas, Asesores, Tutores y Jurados de Trabajos de Investigación y Ascenso.*_Valencia Venezuela: César Ecarri Grimaldi editor.
- PACHO SAVEDRA, José A. ⁽¹⁾ Piñol J, Felipe N. ⁽²⁾ (2004). *Estomatitis Aftosa Recurrente. Actualización.* La Habana, Cuba: Instituto de Gastroenterología "Carlos Manuel Portuondo"
- PÉREZ-TAMAYO, R (1987) *Introducción a la Patología.* (2da edición). Buenos Aires. Argentina: Editorial Panamericana.

- PETRELLI G, Ramirez L, Martinez M, Bascone. (2003). *Papel del estrés en la etiopatogenia de la enfermedad periodontal*. Avances en Periodoncia (Revista en el Internet). (Citado 22 de junio 2010). Disponible en <http://scielo.Sciii.es/s.cielo.php>
- PRIETO V, J M; Ávila, Beloqui. (2004) *La clínica y el laboratorio*, Ed. Elsevier,
- REGEZI, J, Sciubba, J(2000). *Patología Bucal*. México: McGraw-HILL Interamericana Editores S.A
- REGEZI, J. Sciubba,J (2008).Oral Pathology: Clinical Pathologic Correlations. 5tha ed. Printed in United States of América: Bookmark URL.
- REICHART, Peter. (2000). Oral Mucosal Lesions in Representative Cross-Sectional Study of Aging Germans. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. Vol-28 Issue 5 pag 390. october. . <http://www.blackwell.sinergy.com>. Dia de consulta 30-04-2009
- RODRIGUEZ G, G. (1996). *Metodología De La Investigación Cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe, S. L.
- RODRÍGUEZ, M. (1992). *Investigación Científica en Salud Bucal*. Caracas: Editorial Carhel.
- ROBBINS, S. L. (1975). *Patología Estructural y Funcional*. México: Nueva Editorial Interamericana S.A.
- RODRÍGUEZ-PULIDO, F: *El cuestionario de 90 síntomas*. Adaptación española
- ROS LLUCH, N ⁽¹⁾. Chimenos Kústner, E ⁽²⁾. Lopez Lopez, J ⁽³⁾. Rodriguez De Rivera Campillo, M. ⁽⁴⁾ (2008). *Síndrome de Ardor Bucal: Actualización diagnóstica y terapéutica*. Madrid España:___Avances en Odontoestomatología . Vol.24- Num.5: 313-321.
- RUIZ L. S. Y VIELMA, B. (2005) *Prevalencia de Patologías Bucales, Área de Patología Bucal de 1991 - 2003*. Trabajo de Ascenso no publicado. Universidad de Carabobo. Facultad de Odontología. Departamento de Estomatoquirúrgica. Valencia. Venezuela.
- RUIZ, A y col. (2001) *Investigación Clínica. Epidemiología Clínica Aplicada*. Bogotá Colombia: Centro Editorial Javeriano.
- SANDIN, B. (2003). *El Estrés: analisis basado en el papel de los factores sociales*. España:International Journal of clinical and health psychology. Enero/ Vol 3,Nº 001 pp141-157.
- SAPP, J. EVERSOLE, L y WY SOCKI, G. (1998) *Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea*. Madrid, España: Editorial Harcourt Brace.

- SHAFER, W. HINE, M y LEVY, B. (1983) *Tratado de Patología Bucal*. México D.F: Nueva Editorial Interamericana.
- SIERRA M. Carlos A. (2004) *Estrategias para la Elaboración de un Proyecto de Investigación*. Maracay- Venezuela: Ipresion: Insertos Médicos de Venezuela.
- SOCIEDAD PERUANA DE DERMATOLOGÍA (septiembre 2000), 21 de junio de 2008.
- SOLOMON, George F. (1998). *¿Existe relación entre las emociones y la respuesta inmune?* Segundo Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis 2001. Mesa Redonda: Psicósomática, 1 Febrero-7 Marzo, 2001
- SOLOMON, George F. (1998). *Psiconeuroinmunología: Sinopsis de su Historia, Evidencia y Consecuencias*. Segundo Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis 2001. Mesa Redonda: Psicósomática, 1 Febrero-7 Marzo, 2001
- SOTO-ARAYA, M, Rojas-Alcayaga G, Esguep A. (2004). *Asociación entre alteraciones psicológicas y la presencia de Liquefación oral, Síndrome boca urente y Estomatitis aftosa recidivante*. Med Oral; 9:1-7. © Medicina y Patología Oral / Oral Medicine and Pathology Medicina Oral S. L. C.I.F. B96689336 - ISSN 1137 – 2834
- TOVAR, V y otros (2002) Manifestaciones Bucales e Infecciones oportunistas más frecuentes encontradas en 208 pacientes con infección por VIH/SIDA. *Acta odontológica Venezolana*. Vol. 40 (Nº 3) Facultad de Odontología. Universidad Central de Venezuela. Caracas. Venezuela.
- TYLDESLEY, William Randolph. (1989) *Medicina Bucal*; España: McGRAW-HILL
- VELASCO ORTEGA, E. (2002). Odontoestomatología y SIDA un enfoque multidisciplinario. Barcelona: ESPAXS. S.A.
- VERA A, VILLALÓN M. (2005). *La Triangulación entre Métodos Cuantitativos y Cualitativos en el Proceso de Investigación*. Cienctrab. Abr-Jun; 7 (16):85-87). Descriptores: Investigación; Metodos; Investigación Cualitativa.
- VIDAL GOMÉZ, José. (2006). *Psiconeuroinmunología*. Barcelona: Ediciones de la Universitat de Barcelona.

- WOOD, NORMAN K. GOAZ, PAUL W. (1998). *Diagnóstico Diferencial de las Lesiones Orales y Maxilofaciales*. (5ª edición). Madrid, España: HARCOURT BRACE DE ESPAÑA, S. A. Caracas – Venezuela
- YUNI, J. Salinas, M. Ronald, E. Millan, I. Juan, C. León, M (2007). Estomatitis Aftosa Recurrente. Conducta Odontológica. Caracas- Venezuela *Acta Odontológica Venezolana. Vol 46-Nº 2* Caracas - Venezuela
- .

ANEXOS

UNIVERSIDAD DE CARABOBO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CONSENTIMIENTO PREVIA INFORMACIÓN PARA EL ESTUDIO DE ESTRÉS Y SU RELACIÓN ETIOPATOGENICA CON LA ESTOMATITIS AFTOSA RECURRENTE

Yo _____, de _____ años; C.I. _____, paciente del Servicio Odontológico de la Clínica de Patología Bucal de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, doy mi consentimiento para participar en una investigación que tiene la intención de relacionar el estrés (a través de la medición de cortisol) con la estomatitis aftosa recurrente Entendiendo que la estomatitis aftosa es una enfermedad de origen inmunológico que se caracteriza por la presencia de úlceras muy dolorosas en la cavidad bucal; y que tiene una alta relación con el estrés. Así mismo el cortisol es una hormona que regula la respuesta del cuerpo a la tensión. Durante épocas de tensión, los niveles del cortisol aumentan y aceleran la interrupción de proteínas para proporcionar el combustible para mantener funciones del cuerpo Entiendo que esta investigación puede arrojar información en cuanto a determinar la posible relación entre el estrés y la aparición de estomatitis aftosa recurrente Entiendo que mi participación consistirá en permitir la elaboración de una historia clínica, y con la presencia de estomatitis aftosa recurrente se me tomará una muestra de saliva al momento en que comienzan las lesiones y hay presencia de dolor y luego cuando desaparezcan las lesiones y no haya dolor. Así como la aplicación de unos test para medir el estrés

He concedido libremente a esta investigación. Se me ha notificado que es del todo voluntaria y que aun después de iniciada puedo rehusarme a responder alguna pregunta o decidir darla por terminado en cualquier momento. Se me ha dicho que en ningún informe de este estudio se me identificará jamás en forma alguna. Este estudio tratará de contribuir al mejoramiento del proceso educativo de la patología bucal, Sin embargo, yo no recibiré un beneficio directo como resultado de mi participación

Igualmente estoy consciente de que los resultados de la investigación me podrán ser proporcionados si así los solicitara y que los mismos podrán ser utilizados y presentados en eventos y revistas científicas. Asimismo se, que las profesoras Lisbeth S. Ruiz A. es la persona que debo buscar si tuviese alguna pregunta que hacerle en relación a este estudio o sobre mis derechos como paciente.

La Profesora antes mencionada la puedo localizar mediante una llamada telefónica a el siguiente número: Prof. Lisbeth S. Ruiz A. (0414-4395208).

Investigador

Representante



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE ESTOMATOQUIRÚRGICA
PATOLOGÍA BUCAL

HISTORIA CLÍNICA

Caso clínico Nº _____

FECHA:

Nº HISTORIA CLÍNICA:

APELLIDOS:

NOMBRE:

SEXO:

EDAD:

RAZA:

ESTADO CIVIL:

LUGAR DE NACIMIENTO:

PROCEDENCIA:

OCUPACIÓN:

DOMICILIO:

TELÉFONO

MOTIVO DE CONSULTA (al servicio de patología):

ENFERMEDAD ACTUAL:

ANTECEDENTES PERSONALES (relacionados con el motivo de consulta e historia personal):

ANTECEDENTES FAMILIARES (relacionados con el motivo de consulta e historia familiar):

EXAMEN CLÍNICO

Localización: Mucosa labial_____

Lengua_____

Piso de boca_____

Carrillos_____

Paladar blando_____

Otros_____

Lesión Elemental: Erosión_____

Úlcera_____

Extensión_____

HALLAZGOS CLÍNICOS (OTROS HALLAZGOS CLÍNICOS DE RELEVANCIA):

DIAGNÓSTICO PROVISIONAL:

Estomatítis Aftosa Mayor _____

Estomatítis Aftosa Menor _____

Estomatítis Aftosa Herpetiforme _____

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

EXÁMENES DE LABORATORIO:

ESTUDIOS PARA-CLÍNICOS:

- **BIOPSIA:** _____

- **CITOLOGÍA:** _____

- **Rx:**
- **OTROS:** _____

INTERCONSULTAS – RESUMEN DE INFORMES:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

PRONÓSTICO:

PLAN DE TRATAMIENTO:

EVOLUCIÓN:

OBSERVACIONES:

NOMBRE DEL ALUMNO:

ÍNDICE DE REACTIVIDAD AL ESTRÉS

© J.L. González de Rivera

El estrés es una respuesta automática del organismo ante situaciones que exigen mayor esfuerzo de lo ordinario, o en las que puede suceder algo peligroso, nocivo o desagradable. Cada persona tiene una serie de reacciones características ante el estrés, y algunas de las más frecuentes se enumeran en la lista que sigue. Por favor, marque las respuestas que le parecen más próximas a su forma habitual de reaccionar en situaciones de estrés o tensión nerviosa. Puede modificar o añadir algo si lo desea. Gracias por participar en este estudio.

1. Inquietud, incapacidad de relajarme y estar tranquilo.
Nada. ☐ Un poco. ☐ Moderadamente. ☐ Bastante. ☐ Mucho o extremadamente. ☐
2. Pérdida de apetito.
Nada. ☐ Un poco. ☐ Moderadamente. ☐ Bastante. ☐ Mucho o extremadamente. ☐
3. Desentenderme del problema y pensar en otra cosa.
Nada. ☐ Un poco. ☐ Moderadamente. ☐ Bastante. ☐ Mucho o extremadamente. ☐
4. Ganas de suspirar, opresión en el pecho, sensación de ahogo.
Nada. ☐ Un poco. ☐ Moderadamente. ☐ Bastante. ☐ Mucho o extremadamente. ☐
5. Palpitaciones, taquicardia.
Nada. ☐ Un poco. ☐ Moderadamente. ☐ Bastante. ☐ Mucho o extremadamente. ☐
6. Sentimientos de depresión y tristeza.
Nada. ☐ Un poco. ☐ Moderadamente. ☐ Bastante. ☐ Mucho o extremadamente. ☐
7. Mayor necesidad de comer, aumento del apetito.
Nada. ☐ Un poco. ☐ Moderadamente. ☐ Bastante. ☐ Mucho o extremadamente. ☐
8. Temblores, tics o calambres musculares.
Nada. ☐ Un poco. ☐ Moderadamente. ☐ Bastante. ☐ Mucho o extremadamente. ☐
9. Aumento de actividad.
Nada. ☐ Un poco. ☐ Moderadamente. ☐ Bastante. ☐ Mucho o extremadamente. ☐
10. Náuseas, mareos, inestabilidad.
Nada. ☐ Un poco. ☐ Moderadamente. ☐ Bastante. ☐ Mucho o extremadamente. ☐
11. Esfuerzo por razonar y mantener la calma.
Nada. ☐ Un poco. ☐ Moderadamente. ☐ Bastante. ☐ Mucho o extremadamente. ☐
12. Hormigueo o adormecimiento en las manos, cara, etc..
Nada. ☐ Un poco. ☐ Moderadamente. ☐ Bastante. ☐ Mucho o extremadamente. ☐
13. Molestias digestivas, dolor abdominal, etc..
Nada. ☐ Un poco. ☐ Moderadamente. ☐ Bastante. ☐ Mucho o extremadamente. ☐
14. Dolores de cabeza.
Nada. ☐ Un poco. ☐ Moderadamente. ☐ Bastante. ☐ Mucho o extremadamente. ☐

15. Entusiasmo, mayor energía o disfrutar con la situación.
Nada. __ Un poco. __ Moderadamente. __ Bastante. __ Mucho o extremadamente. __
16. Disminución de la actividad.
Nada. __ Un poco. __ Moderadamente. __ Bastante. __ Mucho o extremadamente. __
17. Pérdida del apetito sexual o dificultades sexuales.
Nada. __ Un poco. __ Moderadamente. __ Bastante. __ Mucho o extremadamente. __
18. Tendencia a echar la culpa a alguien o a algo.
Nada. __ Un poco. __ Moderadamente. __ Bastante. __ Mucho o extremadamente. __
19. Somnolencia o mayor necesidad de dormir.
Nada. __ Un poco. __ Moderadamente. __ Bastante. __ Mucho o extremadamente. __
20. Aprensión, sensación de estar poniéndome enfermo.
Nada. __ Un poco. __ Moderadamente. __ Bastante. __ Mucho o extremadamente. __
21. Agotamiento o excesiva fatiga.
Nada. __ Un poco. __ Moderadamente. __ Bastante. __ Mucho o extremadamente. __
22. Urinación frecuente.
Nada. __ Un poco. __ Moderadamente. __ Bastante. __ Mucho o extremadamente. __
23. Rascarme, morderme las uñas, frotarme, etc..
Nada. __ Un poco. __ Moderadamente. __ Bastante. __ Mucho o extremadamente. __
24. Sentimientos de agresividad o aumento de irritabilidad.
Nada. __ Un poco. __ Moderadamente. __ Bastante. __ Mucho o extremadamente. __
25. Diarrea.
Nada. __ Un poco. __ Moderadamente. __ Bastante. __ Mucho o extremadamente. __
26. Beber, fumar o tomar algo (chicle, pastillas, etc.).
Nada. __ Un poco. __ Moderadamente. __ Bastante. __ Mucho o extremadamente. __
27. Necesidad de estar solo sin que nadie me moleste.
Nada. __ Un poco. __ Moderadamente. __ Bastante. __ Mucho o extremadamente. __
28. Aumento del apetito sexual.
Nada. __ Un poco. __ Moderadamente. __ Bastante. __ Mucho o extremadamente. __
29. Ansiedad, mayor predisposición a miedos, temores, etc..
Nada. __ Un poco. __ Moderadamente. __ Bastante. __ Mucho o extremadamente. __
30. Tendencia a comprobar repetidamente si todo está en orden.
Nada. __ Un poco. __ Moderadamente. __ Bastante. __ Mucho o extremadamente. __
31. Mayor dificultad en dormir.
Nada. __ Un poco. __ Moderadamente. __ Bastante. __ Mucho o extremadamente. __
32. Necesidad de estar acompañado y de ser aconsejado.
Nada. __ Un poco. __ Moderadamente. __ Bastante. __ Mucho o extremadamente. __

EL "ÍNDICE DE EVENTOS DE VIDA" elaborado por los **Dres. Thomas HOLMES y Richard RAHE** permite de manera simple y rápida, incluso mediante la autoadministración, realizar la determinación estadística del stress producido por los cambios de vida y el riesgo potencial de presentar enfermedades o alteraciones de la salud dentro de los próximos 24 meses.

Es decir, que de acuerdo con los resultados obtenidos en esta prueba un individuo dispone de información específica sobre la cual trabajar en cuanto al cambio de conductas, hábitos y/o reformulación de objetivos y prioridades a efectos de disminuir la propensión de la que hablábamos.

Marque solamente las afirmaciones que coincidan con situaciones personales vividas en los últimos 12 meses, sus respuestas son absolutamente confidenciales y serán empleadas con fines de investigación.

Nº	EVENTO	SI	NO	Valor
1	Fallecimiento del cónyuge			100
2	Divorcio			73
3	Separación de la Pareja			65
4	Período en prisión			63
5	Muerte de un familiar cercano			63
6	Heridas o enfermedades personales			53
7	Matrimonio			50
8	Despido del trabajo			47
9	Reconciliación de la pareja			45
10	Jubilación			45
11	Cambio en la salud de un miembro de la familia			44
12	Embarazo			40
13	Dificultades sexuales			39
14	Un nuevo miembro se agregó a la familia			39
15	Reacomodamiento en el negocio u ocupación			39
16	Cambio en la situación financiera			38
17	Muerte de un amigo/a íntimo/a			37
18	Cambio de empresa o a otro trabajo diferente			36
19	Cambio en el Nº de discusiones matrimoniales			35
20	Hipoteca o préstamo por una compra importante			31
21	Ejecución de una hipoteca o préstamo			30
22	Cambio de responsabilidades en el trabajo			29
23	El hijo/a abandona el hogar			29
24	Preocupaciones con los parientes políticos			29
25	Notables logros personales			28
26	El cónyuge empieza o deja de trabajar			26
27	Hijo/a empieza o termina la escuela			26
28	Cambio en las condiciones de vida			25
29	Revisión de hábitos personales			24
30	Problemas / discrepancias con el jefe			23
31	Cambio en las horas y/o condiciones del trabajo			20
32	Cambio de residencia			20
33	Cambio de colegios de los hijos			20
34	Cambio en los hábitos recreativos			19
35	Cambios en las actividades de la iglesia			19
36	Cambio en las actividades sociales			18
37	Hipotecas o créditos para compras menores			17
38	Cambio en los hábitos del sueño			16
39	Cambio en el número de reuniones familiares			15
40	Cambio en los hábitos alimenticios			15
41	Vacaciones			13
42	Época de Navidad			12
43	Violaciones menores a la ley			11

CUESTIONARIO SCL 90 R

VERSIÓN ESPAÑOLA

Nombres _____ Apellidos _____ Fecha nacimiento _____
 Dirección _____ C. P. _____ Localidad _____
 Provincia _____ Teléfono _____ Fecha de hoy _____

Lea atentamente la siguiente lista. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre alguna vez. Piense si a usted le ha pasado en las últimas semanas, incluyendo el día de hoy.

Marque con una cruz (X) el cero ("0") si no ha tenido esa molestia en absoluto; el uno ("1") si la ha tenido un poco; el dos ("2") si la ha tenido moderadamente; el tres ("3") si la ha tenido bastante y el cuatro ("4") si la ha tenido mucho o extremadamente:

0= Nada en absoluto.

1= Un poco.

2= Moderadamente.

3= Bastante.

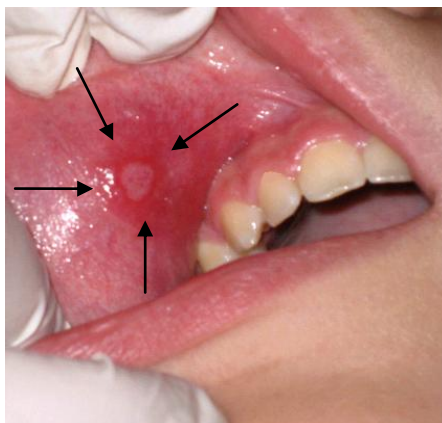
4= Mucho o extremadamente.

HASTA QUE PUNTO SE HA SENTIDO MOLESTO POR:

1 Dolores de cabeza	0	1	2	3	4
2 Nerviosismo o agitación interior	0	1	2	3	4
3 Pensamientos, palabras no deseadas que no se van de su mente	0	1	2	3	4
4 Sensaciones de desmayo o mareo	0	1	2	3	4
5 Pérdida de deseo o de placer sexual	0	1	2	3	4
6 El hecho de juzgar a otros negativa o críticamente	0	1	2	3	4
7 La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos	0	1	2	3	4
8 La impresión de que sus problemas son culpa de los demás	0	1	2	3	4
9 La dificultad para recordar las cosas	0	1	2	3	4
10 Preocupación acerca del desaseo, el descuido o la desorganización	0	1	2	3	4
11 Sentirse fácilmente irritado o enfadado	0	1	2	3	4
12 Dolores en el corazón o en el pecho	0	1	2	3	4
13 Sentir miedo de los espacios abiertos o en la calle	0	1	2	3	4
14 Sentirse bajo de energías o decaído	0	1	2	3	4
15 Pensamientos suicidas, o ideas de acabar con su vida	0	1	2	3	4
16 Oír voces que otras personas no oyen	0	1	2	3	4
17 Temblores	0	1	2	3	4
18 La idea de que uno no se puede fiar de la mayoría de las personas	0	1	2	3	4
19 Falta de apetito	0	1	2	3	4
20 Llorar fácilmente	0	1	2	3	4
21 Timidez o incomodidad ante el sexo opuesto	0	1	2	3	4
22 La sensación de estar atrapado o como encerrado	0	1	2	3	4
23 Tener miedo de repente y sin razón	0	1	2	3	4
24 Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar	0	1	2	3	4
25 Miedo a salir de casa solo	0	1	2	3	4
26 Culparse a si mismo de todo lo que pasa	0	1	2	3	4
27 Dolores en la parte baja de la espalda	0	1	2	3	4
28 Sentirse incapaz de lograr hacer las cosas	0	1	2	3	4
29 Sentirse solo	0	1	2	3	4
30 Sentirse triste	0	1	2	3	4
31 Preocuparse demasiado por las cosas	0	1	2	3	4
32 No sentir interés por las cosas	0	1	2	3	4
33 Sentirse temeroso	0	1	2	3	4
34 Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad	0	1	2	3	4
35 La impresión de que los demás dan cuenta de sus pensamientos	0	1	2	3	4
36 La sensación de que los demás no comprenden o no le hacen caso	0	1	2	3	4
37 La impresión de que otras personas Vd no les gusta	0	1	2	3	4
38 Tener que hacer las cosas despacio seguro de que las hace bien	0	1	2	3	4
39 Que su corazón palpita o vaya muy deprisa	0	1	2	3	4
40 Nauseas o malestar en el estómago	0	1	2	3	4
41 Sentirse inferior a los demás	0	1	2	3	4
42 Dolores musculares	0	1	2	3	4
43 Sensación de que las otras personas lo miran o hablan de usted	0	1	2	3	4
44 Dificultad para conciliar el sueño	0	1	2	3	4
45 Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace	0	1	2	3	4
46 Encontrar difícil el tomar decisiones	0	1	2	3	4
47 Sentir temor de viajar en coche, autobuses, metros o trenes	0	1	2	3	4
48 Dificultad para respirar	0	1	2	3	4

49 Sentir calor o frío de repente	0	1	2	3	4
50 Tener que evitar ciertas cosas, porque le dan miedo	0	1	2	3	4
51 Que se le quede la mente en blanco	0	1	2	3	4
52 Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
53 Sentir un nudo en la garganta	0	1	2	3	4
54 Sentirse desesperanzado con respecto al futuro	0	1	2	3	4
55 Tener dificultades para concentrarse	0	1	2	3	4
56 Sentirse débil en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
57 Sentirse tenso o agitado	0	1	2	3	4
58 Pesadez en los brazos o en las piernas	0	1	2	3	4
59 Pensamientos sobre la muerte o el hecho de morir	0	1	2	3	4
60 El comer demasiado	0	1	2	3	4
61 Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla de usted	0	1	2	3	4
62 Tener pensamientos que no son suyos	0	1	2	3	4
63 Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien	0	1	2	3	4
64 Despertarse de madrugada	0	1	2	3	4
65 Tener que repetir las mismas acciones tales como tocar, lavar	0	1	2	3	4
66 Sueño inquieto o perturbado	0	1	2	3	4
67 Tener ganas de romper o tirar algo	0	1	2	3	4
68 Tener ideas o creencias que los demás no comparten	0	1	2	3	4
69 Sentirse muy cohibido entre otras personas	0	1	2	3	4
70 Sentirse incómodo entre mucha gente	0	1	2	3	4
71 Sentir que todo requiere un gran esfuerzo	0	1	2	3	4
72 Ataques de terror o pánico	0	1	2	3	4
73 Sentirse incómodo comiendo o bebiendo en público	0	1	2	3	4
74 Tener discusiones frecuentes	0	1	2	3	4
75 Sentirse nervioso cuando se queda solo	0	1	2	3	4
76 El que otros no le reconozcan adecuadamente sus logros	0	1	2	3	4
77 Sentirse solo aunque esté con más gente	0	1	2	3	4
78 Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo	0	1	2	3	4
79 La sensación de ser inútil o no valer nada	0	1	2	3	4
80 Presentimientos de que va a pasar algo malo	0	1	2	3	4
81 Gritar o tirar cosas	0	1	2	3	4
82 Tener miedo de desmayarse en público	0	1	2	3	4
83 La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de ud.	0	1	2	3	4
84 Tener pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante	0	1	2	3	4
85 La idea de que debería ser castigado por sus pecados	0	1	2	3	4
86 Pensamientos o imágenes estremecedoras o que le dan miedo	0	1	2	3	4
87 La idea de que algo serio anda mal en su cuerpo	0	1	2	3	4
88 No sentirse cercano o íntimo con nadie	0	1	2	3	4
89 Sentimientos de culpabilidad	0	1	2	3	4
90 La idea de que algo anda mal en su mente	0	1	2	3	4

ESTOMATITIS AFTOSA RECURRENTE MENOR



ESTOMATITIS AFTOSA RECURRENTE MAYOR



ESTOMATITIS AFTOSA RECURRENTE HERPETIFORME

